Pour une approche intégrée en toxicomanie

Cadre de référence

RÉGION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

106-06432/

POUR UN RÉSEAU INTÉGRÉ EN TOXICOMANIE

Cadre de référence
adopté par le conseil d'administration
de la Régie régionale de la santé
et des services sociaux de la Montérégie
le 19 juin 2003

André Cadieux
Guy Vermette

Octobre 2003

Auteurs

André Cadieux
Guy Vermette

Secrétariat
Denise Hooper
Annie Toupin

Conception et réalisation de la page couverture
Le Zeste graphique

Responsable des publications
Nathalie Hudon

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Centre de services documentaires
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec)
J4K 2M3
(450) 928-6777, poste 4213

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : 16-2003-015

Dépôt légal 3e trimestre 2003
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada
ISBN 2-89342-262-4

Prix : 13,00 $

REMERCIEMENTS

Il y a un peu plus d'un an, nous initions une démarche à la fois audacieuse et prometteuse : se donner en Montérégie une vision intégrée de la toxicomanie pour les jeunes et les adultes.

C'est avec plaisir que nous vous soumettons la résultante de ce processus nous menant vers une intégration des activités de prévention et des services en toxicomanie. Il est le fruit d'une contribution significative d'un groupe de travail, dont nous souhaitons souligner l'engagement assidu malgré les embûches, l'expertise dans une vision novatrice et l'ouverture aux exigences des consensus réalisés.

Soulignons la contribution du groupe de travail composé de :

Robert Baril	RRSSS de la Montérégie
André Cadieux	Les Centres jeunesse de la Montérégie
Marc Caya	Maison L' Alcôve
Dominique Groison	Centre sur l'Autre Rive
Réjean Huot	CLSC Jardin du Québec
Sylvie Lafrance	RRSSS de la Montérégie
François Pierre Ménard	Le Virage
Yolaine Noël	RRSSS de la Montérégie
Gérald Ouellet	Maison l'Alcôve
Pierre Paquin	RRSSS de la Montérégie
Luce Pélissier-Simard	Hôpital Charles LeMoyne, Unité de médecine familiale
Jacques Proulx	La Source des Monts
Christine Rowan	RRSSS de la Montérégie
John Topp	Pavillon Foster
Rolland Tremblay	RRSSS de la Montérégie
Guy Vermette	Services de consultation Marijan

Mentionnons également la précieuse collaboration du comité scientifique qui s'est penché sur l'instrumentation clinique, soit :

Danielle Anctil	CLSC Jardin du Québec
Joseph Bontems	CLSC Huntington
Thomas G. Brown	Pavillon Foster
André Landry	Le Virage
Marie-Claire Meunier	CLSC Jardin du Québec
Pierre Paquin	RRSSSM
Jacques Proulx	La Source des Monts
David Ross	Pavillon Foster

Merci également à Marie-Denyse Boivin, de l'Université Laval, pour son inestimable expertise en réinsertion sociale; Louise Lamoureux, de la RRSSSM, pour son apport au niveau de la réingénérie des processus; Anne-Marie Blain et Hélène Giroux, de la RRSSSM, pour leur support aux communications lors du processus de consultation; Denise Hooper et Annie Toupin, de la RRSSSM, pour leur diligence et leur rigueur dans la mise en page du texte.

Enfin, remerciements chaleureux à François Pierre Ménard pour avoir guidé notre processus de réflexion, Guy Vermette et André Cadieux pour leur apport à structurer et à mettre en mots nos réflexions.

Nous espérons que ce projet collectif suscite votre réflexion et sollicite votre collaboration.

Sylvie Lafrance *Robert Baril*

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

MOT DE LA DIRECTRICE

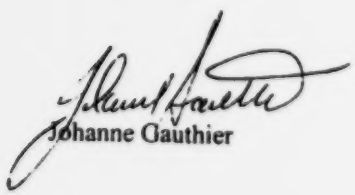
La Montérégie compte une clientèle importante de personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. On estime que parmi la population de 15 ans et plus, 13 600 personnes auraient besoin de services spécialisés de réadaptation en toxicomanie. En 2001-2002, seulement 29 % d'entre elles ont pu avoir recours aux services de réadaptation publics.

Consciente de cette situation, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, en collaboration avec ses partenaires, a élaboré un cadre de référence afin d'optimiser les ressources actuellement disponibles en misant sur la participation de tous les partenaires des secteurs public, communautaire, privé et intersectoriel. Ce cadre de référence insiste principalement sur la mise en place d'un réseau intégré d'activités et de services afin de mieux répondre aux besoins et priorités de la clientèle toxicomane. Pour ce faire, le cadre de référence mise sur une accessibilité aux activités préventives, à des services de première ligne et à des services spécialisés de qualité ainsi que sur la continuité harmonieuse des services.

Cette nouvelle vision modifie les rôles et les responsabilités des partenaires, en plus de clarifier les principales portes d'accès aux activités et aux services. Ainsi, le CLSC constitue la porte d'entrée privilégiée au réseau intégré pour la population de son territoire. Il est, notamment, responsable de l'accueil, du dépistage et de l'intervention précoce auprès du client. Pour leur part, les centres de réadaptation en toxicomanie intègrent dans leurs programmes, les services de réadaptation, de désintoxication et de réinsertion sociale à la clientèle. Enfin, les organismes communautaires contribuent, par exemple, à la mise en œuvre de l'un ou l'autre des différents programmes en offrant des services de traitement résidentiels.

La mise en œuvre de ce réseau intégré ne se fera pas sans l'implication de tous et chacun. Je souhaite que ce projet collectif sollicite votre engagement et mobilise tous les acteurs pour en arriver à sa réalisation, et ce, afin que les personnes toxicomanes de la Montérégie en bénéficient pleinement.

La directrice de la première ligne
et de la réadaptation,



Johanne Gauthier

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE ***8***

LE CONTEXTE ***10***

Le diagnostic régional du programme de toxicomanie 10
Les orientations nationales 11
Le contexte régional de planification 12
Une définition de la toxicomanie 13
Les principes directeurs 13
Pour de meilleures pratiques 14

LE MODE DE DISPENSATION DES ACTIVITÉS ET DES SERVICES..... 19

La nécessité de l'intégration des services 19
Le réseau intégré : un concept à définir 24
Les composantes d'un réseau intégré 26
La priorité accordée aux besoins de la personne 30
Les bases territoriales du modèle 31
La gamme d'activités et de services 31
Le cheminement de la personne 36
Les niveaux d'intervention 37
Des mandataires imputables 38

L'ACCÈS AU CONTINUUM..... 40

Une vision renouvelée 40
D'abord des engagements envers la clientèle 41
Puis, des engagements mutuels 43
Une coordination par des mécanismes d'accès locaux, souples et efficaces 52
Pour une accessibilité à tous 57

POUR COORDONNER LE TOUT AU PROFIT DU CLIENT : DES MÉCANISMES DE COORDINATION ***58***

Des processus harmonisés sur dix-neuf territoires 58
Des réseaux intersectoriels qui s'appuient 58
Des personnes clés 59
Des structures de coordination 62
Des outils communs 65
Des protocoles d'entente formalisés 67
Des programmes et des projets conjoints 68

DE LA VISION À L'ACTION : LA STRATÉGIE D'IMPLANTATION DU RÉSEAU INTÉGRÉ EN TOXICOMANIE ***70***

La gestion du support à l'implantation : les stratégies de mobilisation 70
La stratégie de consultation/rétroaction 71
La stratégie de planification opérationnelle 73
Les stratégies de concertation 77
La stratégie d'évaluation 80
Des ressources à consentir 83
Des conditions gagnantes 85

CONCLUSION - UN PROJET MOBILISANT ***89***

BIBLIOGRAPHIE ***90***

ANNEXE I

Rapport du comité scientifique 97

ANNEXE II

Dépenses totales en toxicomanie par région 2000 -2001 99

ANNEXE III

L'offre de service en toxicomanie 101

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau I	Les forces et les faiblesses du réseau en toxicomanie en 1999	10
Tableau II	Les niveaux d'intervention en toxicomanie	37
Tableau III	Les mandataires et les partenaires principaux en fonction des niveaux d'intervention	39
Tableau IV	Le processus clinique	51
Tableau V	Les mécanismes de coordination	69
Tableau VI	L'effort budgétaire à consentir pour mieux desservir les jeunes	83
Tableau VII	L'effort budgétaire à consentir pour mieux desservir les adultes	83
Tableau VIII	Synthèse de l'effort budgétaire à consentir et per capita en Montérégie	83

Figure 1	L'intégration d'un réseau de services et ses systèmes	29
Figure 2	La gamme complète d'activités et de services	33
Figure 3	Le cheminement d'une personne en tenant compte de la gamme d'activités et de services en toxicomanie	36
Figure 4	Pour un parcours clientèle jeunesse	49
Figure 5	Pour un parcours clientèle adulte	50
Figure 6	Le cheminement de la demande d'accès des jeunes au réseau intégré	55
Figure 7	Le cheminement de la demande d'accès des adultes au réseau intégré	56
Figure 8	Les stratégies de mobilisation	71

PRÉAMBULE

Le développement convenu et partagé d'un réseau intégré en toxicomanie constitue un levier déterminant permettant d'accroître l'access.bilité, la complémentarité et la qualité des activités et des services pour la population.

Voilà l'essentiel de ce projet collectif auquel différents partenaires du système institutionnel, des organismes communautaires, de la Direction de santé publique et de la Direction de la première ligne et de la réadaptation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (RRSSSM) se sont attaqués depuis plus d'un an. À partir d'un engagement envers les besoins de la clientèle en Montérégie, ceux-ci ont relevé le défi de construire un réseau intégré d'activités et de services en mobilisant les principaux partenaires dans une démarche concertée.

Ce réseau intégré en toxicomanie vise essentiellement à répondre aux objectifs suivants :

- Développer un consensus sur les principes et les valeurs d'une action concertée.
- Développer un consensus sur l'offre d'activités et de service pertinente en fonction des besoins de la population de la Montérégie.
- Identifier clairement les contributions attendues des différents partenaires du réseau intégré au profit d'un continuum de services.
- Coordonner les activités préventives et les services en fonction du bien-être de la population.
- Assurer une cohérence entre les orientations régionales de prévention, l'organisation des services et les mécanismes d'allocation financière.
- Enfin, se donner des mécanismes de coordination et des indicateurs de résultats pour s'assurer du bon fonctionnement et du développement du réseau intégré.

Historiquement, la région de la Montérégie a connu un sous-financement important et un manque de ressources publiques pour répondre aux besoins d'activités et de services de la clientèle à risque ou aux prises avec des problèmes de toxicomanie. À cet égard, les besoins à satisfaire sont encore nombreux. Dans ce contexte, différents acteurs communautaires et privés ont déployé au gré des opportunités leurs services sur le territoire. Des expériences de collaboration se sont développées entre le Centre de réadaptation régional pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, d'autres établissements publics et certains organismes communautaires au niveau de la détection en première ligne, de la désintoxication à la réadaptation ainsi que du soutien et de la réinsertion sociale. Des expériences de concertation très prometteuses ont été initiées entre des établissements publics et des organismes communautaires de la région impliqués en prévention particulièrement auprès des jeunes et des personnes âgées.

Fort de ces liens de collaboration, le développement d'un réseau intégré an toxicomanie vient formaliser et coordonner un partenariat déjà existant. De plus, ce projet collectif présente un caractère innovateur dans sa volonté d'intégrer au profit de la population jeune et adulte les activités préventives à l'organisation des services. Par son implication tout au long du processus d'élaboration du réseau intégré en toxicomanie, la Direction de santé publique s'est assurée d'une préoccupation constante d'intégrer les activités préventives au sein du cadre de référence.

Il en résulte un projet collectif mobilisant, s'appuyant sur un système de valeurs convenu et partagé, sur une offre d'activités et de service pour les jeunes et les adultes identifiant les modes d'organisation souhaités. Les mécanismes d'accès et de coordination assurent la cohérence et la rigueur essentielles à une pratique professionnelle de qualité.

LE CONTEXTE

LE DIAGNOSTIC RÉGIONAL DU PROGRAMME DE TOXICOMANIE

La planification d'un réseau intégré en toxicomanie pour la Montérégie doit reposer sur la lecture de l'environnement actuel de l'organisation des activités et des services. Ainsi, les constats suivants du programme sont faits en termes de forces et de faiblesses. Ces constats sont inspirés du plan de consolidation (RRSSS Montérégie, 1999a) ainsi que des travaux de planification du groupe de travail pour l'élaboration d'un réseau intégré :

Tableau I

Les forces et les faiblesses du réseau en toxicomanie en 1999

Les forces	Les faiblesses
• **Des réalisations en prévention :** Des plans d'action réalisés sur chacun des territoires en partenariat avec les secteurs communautaire, scolaire, de la santé et des services sociaux en accordant une priorité aux jeunes de 10 à 14 ans et à leurs parents et en privilégiant une programmation à volets multiples et à modalités variées.	• **La pauvreté du programme clientèle :** En toxicomanie, il est un des plus pauvres au Québec. Il est aussi le plus déficitaire en Montérégie. L'écart identifié en 2002 traduit un manque à gagner d'environ 16,7 millions de dollars. La proportion du budget consentie à la prévention demeure très faible (environ 7 %) comparativement au 20 % prévu.
• **Des services de réadaptation près des milieux de vie :** Des services externes de réadaptation offerts près des milieux de vie et adaptés aux particularités des différents territoires.	• **Une gamme de services incomplète et plus particulièrement une insuffisance de ressources dans les services de réadaptation.**
• **La diversité de ressources et des approches :** Ce qui permet de répondre à des clientèles différentes ou à des étapes différentes dans la démarche de mêmes clientèles.	• **L'entretien de divergences idéologiques entre le centre de réadaptation régional en toxicomanie et les organismes offrant un traitement avec hébergement.**
• **La reconnaissance du leadership des centres de réadaptation :** Dans la planification régionale et dans l'harmonisation des programmes en vue de la mise en place de la gamme continue de services.	• **Un manque de collaboration entre les ressources pour les problématiques plus complexes :** Particulièrement auprès de la clientèle présentant des troubles de comorbidité ou celle socialement marginalisée.
• **De nombreuses ententes de collaboration entre les centres de réadaptation et les ressources du milieu :** Avec les CLSC dans le cadre de stratégies de dépistage, d'intervention et de référence auprès des intervenants de première ligne, avec des organismes communautaires pour le soutien à la désintoxication, le soutien à la réadaptation et le soutien social ainsi qu'avec le milieu d'enseignement pour des stages.	• **Confusion des rôles et responsabilités entre partenaires.** • **Un manque de cohérence entre l'allocation financière, l'offre de service et l'organisation des services.** • **Un manque de coordination des services et des mécanismes d'accès.**
• **Une disponibilité sur le territoire d'un centre de réadaptation pour la clientèle anglophone.**	• **Un manque de lien avec la recherche pour fournir des données épidémiologiques et procéder à des études sur les clientèles ainsi que sur l'évaluation de programmes.**

LES ORIENTATIONS NATIONALES

Au début des années 90, les orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes (MSSS, 1990) annonçaient une modification des pratiques afin de valoriser le milieu naturel comme lieu d'intervention et l'implication de la communauté dans une action concertée. Ces orientations étaient prises avec l'amorce d'un virage préventif. La politique de santé et de bien-être (PSBE), (MSSS, 1992) a confirmé l'importance accordée à la prévention en proposant des actions sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque auprès des groupes les plus vulnérables.

Récemment, les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (MSSS, 1997) identifiaient l'alcoolisme et les autres toxicomanies comme étant une des priorités d'action préventives, compte tenu de la gravité des conséquences sociales et sanitaires des problèmes qui y sont associés. Il était recommandé de préciser le cadre ministériel des orientations et des actions préventives en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. En suivi à cette recommandation, le MSSS a publié en 2001 le document « Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie – orientations – axes d'intervention – actions ». Alors que la PSBE visait la réduction de la consommation de substances psycho-actives au sein de la population ainsi que la prévention de l'usage, les nouvelles orientations ministérielles ont pour buts de promouvoir la santé et le bien-être de la population, de même que réduire les problèmes humains et sociaux associés à l'usage inapproprié des substances psycho-actives. Deux grands objectifs sont ainsi poursuivis : la réduction de l'usage inapproprié des substances psycho-actives ainsi que la réduction des méfaits découlant de l'usage inapproprié de ces substances. Notons aussi que depuis décembre 2001, le contexte de planification en santé publique a été modifié par l'adoption d'une nouvelle loi de santé publique, de laquelle un programme national de santé publique a été élaboré par le Ministère.

Le Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 (MSSS, 1998a) témoigne également de cette priorité de santé publique. De plus, il propose une meilleure articulation des services autour des personnes et une adaptation de ces services aux caractéristiques individuelles de ces dernières, ainsi qu'à leur milieu de vie et à leur mode de consommation. De plus, le Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 (MSSS, 1998a, p. 22) précise que « la communication et la concertation entre les partenaires apparaissent comme des moyens privilégiés pour offrir des services complémentaires, continus et fonctionnellement intégrés en favorisant ainsi le décloisonnement et la fluidité des différents éléments de l'ensemble » (p. 22). Il vise ainsi la consolidation et l'intégration des services dans un réseau cohérent. Une attention est portée sur l'imputabilité des différents partenaires dans leur contribution au développement d'un tel réseau. Enfin, le Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie (MSSS, septembre 2002) constituant la première étape dans l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie, qui précisera les rôles et responsabilités de l'ensemble des acteurs gouvernementaux.

Les orientations gouvernementales ne comportent pas cependant une politique clientèle qui préciserait les rôles et responsabilités des différents partenaires dans un système d'organisation de services. Malgré l'absence d'orientations nationales, le présent exercice de planification vise à développer un tel système au niveau régional.

LE CONTEXTE RÉGIONAL DE PLANIFICATION

Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention de la toxicomanie, les orientations se sont traduites par la bonification du Programme cadre en matière de promotion de la santé et de prévention de la toxicomanie (RRSSSM(b), 1999). Des plans d'action ont été élaborés dans chacune des sous-régions de la Montérégie. À ce jour, le Programme national de santé publique 2003-2012 énonce les activités à mettre en œuvre au cours des prochaines années afin d'agir sur les déterminants qui influencent la santé dans ses dimensions physiques et psychosociales (MSSS, 2003). Toutefois, à ce jour, nous sommes en attente de la publication officielle du plan d'action régional 2003-2006, actuellement en consultation, et dont le contenu viendra encadrer de façon importante les décisions régionales en matière d'offre d'activités en promotion de la santé et en prévention de la toxicomanie et qui sera conforme aux prescriptions de ce programme. Il contiendra notamment les actions à réaliser en Montérégie en prévention des toxicomanies. Par la suite, chaque CLSC devra élaborer un plan d'action local de santé publique, conforme aux prescriptions du programme national et aux objectifs inscrits au plan d'action régional, et qui tiendra compte de la spécificité de la population desservie localement.

De plus, les orientations énoncées dans le Plan de consolidation 1999-2002, (RRSSSM, 1999a, p. 21) et confirmé par le Plan stratégique 2003-2006 (RRSSSM, 2003, p.57) traduisent la volonté de la Régie régionale d'accroître les ressources de tous les services en toxicomanie au moindre coût et d'une plus grande efficacité de traitement et ce, le plus près possible du milieu de vie de la personne. Cet accroissement est justifié par le sous-financement important du programme en toxicomanie dans la région. Il est utopique d'envisager de compléter un réseau intégré en toxicomanie en Montérégie sans qu'il y ait un investissement substantiel pour rehausser l'enveloppe budgétaire de ce programme.

Dans l'attente d'un tel investissement, un travail peut cependant être réalisé par les ressources publiques, communautaires et privées disponibles sur le territoire afin d'optimiser l'accessibilité, l'efficience et la qualité des activités et des services en toxicomanie pour la population montérégienne.

La pauvreté du programme oblige une plus grande cohérence entre les allocations des ressources humaines et financières et l'organisation des services. C'est à cette tâche prioritaire que s'attarde le développement d'un réseau intégré en toxicomanie en Montérégie.

Par ailleurs, la Régie régionale préconise une gestion par programme clientèle qui favorise la mise à profit et la complémentarité des différents organismes et établissements dans le respect de leur mission respective. Ce qui amène une répartition claire des rôles respectifs des partenaires appelés à travailler en complémentarité. Cette orientation doit s'ajuster avec une des caractéristiques majeures des réseaux intégrés qui consiste à s'assurer que les interventions requises soient offertes par les ressources qui sont les mieux habilitées à le faire.

Finalement, la Régie régionale entend poursuivre l'actualisation de son Plan régional d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les clientèles anglophones et ethnoculturelles.

UNE DÉFINITION DE LA TOXICOMANIE

De façon générale, la toxicomanie se définit comme l'expression d'un désir persistant ou un besoin impérieux qui pousse l'individu à consommer des substances psycho-actives (alcool, médicaments et drogues illicites) en dépit des effets préjudiciables aux niveaux de son fonctionnement physique, mental, social ou spirituel. À cet égard, les classifications en vigueur (OMS, 1992 et APA, 1994) associent la toxicomanie à un trouble mental qui donne lieu souvent aux manifestations suivantes (Kaplan et Sadock, 1991 dans Nadeau et Biron, 1998, p. 18) :

- Un ensemble de conduites ou de traits psychologiques.
- Un sentiment de détresse, à savoir une grande souffrance intérieure.
- La présence possible d'un handicap dans le fonctionnement habituel.
- Un risque accru de mortalité.
- Une expérience subjective de perte de liberté.

La toxicomanie est donc définie sur la base de la manifestation d'un état d'être et de comportements spécifiques. La gravité de la toxicomanie augmente avec l'intensité et la quantité des problèmes qui résultent des consommations. Elle conduit à un style de vie où la recherche et la consommation de substances psycho-actives deviennent un pôle organisateur de la vie quotidienne, en déterminant les comportements de l'individu, mais également la nature des relations qu'il entretient avec l'entourage.

LES PRINCIPES DIRECTEURS

Le Plan d'action en toxicomanie (MSSS, 1998a) identifie les principes directeurs sur lesquels doit reposer tout processus de planification d'activités et de services en toxicomanie. Plusieurs de ces principes sont également identifiés dans les orientations régionales (RRSSS Montérégie, 1995).

Ces principes sont les suivants :

LE RESPECT DE LA PERSONNE

Dans le sens d'une approche globale et du respect de la personne et de ses choix. Ce qui implique d'intervenir en fonction des besoins psychosociaux et spirituels de la personne. Celle-ci est au centre des interventions qui la concernent et elle y participe pleinement en impliquant son entourage, si elle le juge à propos.

LA RECONNAISSANCE DES LIENS SIGNIFICATIFS

Par le maintien d'une relation avec un agent de liaison qui accompagne la personne tout au long de son cheminement et qui veille à ce que les activités ou les services à offrir soient offerts. Cela implique également une intervention appuyée dans le milieu de vie.

DES SERVICES ACCESSIBLES

Cela signifie souvent pour la population d'obtenir une réponse rapide à une demande de services. Ce qui implique des mécanismes d'accès efficaces, une clarification des rôles et des responsabilités, une répartition équitable des services sur le territoire basée sur les besoins de la population et cela, en tenant compte des masses critiques et des ressources disponibles. Le tout demande une harmonisation des pratiques permettant de s'ajuster aux besoins des usagers et non l'inverse.

DES SERVICES DE QUALITÉ

Afin d'offrir l'assurance de ressources compétentes, de lieux d'intervention sécuritaires pour répondre de manière pertinente et efficace à la diversité des besoins de la population. Ce qui implique l'adoption et le respect de normes de qualité, la définition de standards de pratique, la qualification et la formation du personnel ainsi que l'imputabilité et la reddition des comptes par rapport à l'intervention offerte.

UNE ACTION CONCERTÉE

En harmonisant les orientations, les stratégies et les philosophies d'intervention afin de réduire la fragmentation, l'interruption, l'inaccessibilité et le cloisonnement de certaines ressources et afin de favoriser la complémentarité et la continuité de l'intervention. Cette continuité est conçue comme une chaîne d'intervention, dont la finalité vise un meilleur fonctionnement personnel et social ainsi qu'un mieux-être de la population visée. Cette action concertée se fait dans le respect et la mise à profit de l'expertise de chacun et dans un esprit de partenariat. Elle implique l'adoption de stratégies de liaison ainsi qu'une coordination pour s'assurer que ce qui était prévu se fasse.

POUR DE MEILLEURES PRATIQUES

La planification d'un réseau intégré doit aussi reposer sur des indications de meilleures pratiques. La documentation relative aux meilleures pratiques en toxicomanie préconise un double investissement :

- Un travail de promotion de la santé et de prévention, en amont des problèmes, en privilégiant des actions à volets multiples et à modalités variées, permettant ainsi d'informer et de sensibiliser, mais aussi de favoriser le développement de compétences et l'aménagement des milieux afin de promouvoir la santé et le bien-être et contribuer ainsi à éviter des problèmes de toxicomanie.

- Une intervention directe auprès des personnes présentant des problèmes de toxicomanie en privilégiant des stratégies de traitement qui tiennent compte de la gravité des problèmes et qui comportent des indications quant à la meilleure chance de succès.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DE LA TOXICOMANIE

Eliany et Rush (1992) apportent les conclusions suivantes concernant l'efficacité des programmes de promotion de la santé et de prévention de la toxicomanie :

- Le contrôle de la disponibilité, de l'accessibilité et des coûts des produits alcoolisés réduit les problèmes reliés à la consommation d'alcool.
- Les programmes d'intervention auprès des serveurs suscitent beaucoup d'espoir en matière de prévention des traumatismes et de réduction des méfaits.
- Malgré l'intérêt qu'on leur porte, les stratégies d'éducation prises seules s'avèrent peu efficaces pour une modification durable de comportements. Il semble prometteur de les intégrer dans une stratégie de promotion de la santé communautaire plus vaste (incluant plusieurs stratégies, tels que le développement des compétences et l'aménagement des milieux).
- Les normes qui prévalent dans une communauté doivent être cohérentes pour faciliter l'adoption de comportements responsables.
- Les programmes classiques d'aide aux employés (PAE) et une approche globale du bien-être *(wellness)* contribuent à réduire certains facteurs de risque.
- Les questionnaires psychométriques (ex : DEP-ADO, CAGE-AID, MAST, DAST et RC)[1] sont les plus prometteurs en matière de dépistage et d'évaluation.
- L'efficacité de la thérapie comportementale de courte durée comme intervention précoce révèle des progrès considérables selon plusieurs critères de succès.
- Le programme Alcochoix et la stratégie de réduction des méfaits « Opération Nez rouge », sont des exemples de pratiques réputées efficaces (CPLT, 1999).

De plus, le Programme cadre en promotion de la santé et en prévention de la toxicomanie 1999-2002 (RRSSS Montérégie, 1999b) apporte d'autres indications de meilleures pratiques découlant d'études conduites au Québec. En substance, les éléments suivants y sont mis en relief :

- La continuité et l'intensité d'un programme contribuent à son efficacité.
- Des objectifs précis et mesurables, auprès d'une clientèle bien définie, augmentent la capacité de répondre aux besoins de groupes à risque.

[1] Voir annexe I

- Une vision systémique de la toxicomanie est à privilégier pour apprécier l'ensemble du fonctionnement de la personne dans son contexte, pour mettre l'accent sur son développement et pour la responsabiliser quant à l'adoption de comportements favorables à sa santé.
- Une démarche communautaire et une intervention réseau sont aussi des composantes de meilleures pratiques en mobilisant la famille, l'entourage ainsi que les ressources du milieu dans des relations de collaboration et des actions concertées.

LE TRAITEMENT

En lien au traitement des toxicomanies, Roberts et al., (1999) identifient les principes suivants pour susciter une meilleure pratique :

- Un traitement est plus efficace, que pas de traitement.
- L'efficacité d'un traitement se définit en termes d'amélioration de différents aspects de vie de la personne.
- L'abstinence n'est pas toujours nécessaire pour susciter une amélioration de différents aspects de vie de la personne.
- L'approche de groupe est plus efficace que l'approche individuelle. Bien que dans la réalité, on intègre bien souvent une approche plus éclectique qui implique les deux modes d'intervention.
- Le traitement ambulatoire s'avère plus efficient que le traitement interne. La pertinence d'utiliser ce dernier demeure cependant justifiée en fonction des caractéristiques de la clientèle.
- La stratégie d'appariement donne des indications très prometteuses pour tenter d'offrir le bon service, à la bonne personne, et ainsi augmenter les possibilités d'une intervention efficace (ex. : jeunes, femmes, personnes âgées, personnes judiciarisées, comorbidités, UDI et itinérants).
- Certaines modalités de traitement semblent plus efficaces (approches sociocomportementales dont la prévention de la rechute, l'apprentissage de compétences personnelles ou sociales, la thérapie conjugale, la gestion du stress).
- La clientèle est mieux desservie lorsqu'une gamme de services est disponible et qu'une coordination et une gestion de cas facilitent l'orientation.
- Le recours à la pharmacothérapie, pour des personnes présentant des troubles de santé mentale associés, s'avère un complément valable à une intervention psychosociale.
- L'absence de soutien social ainsi que des troubles psychiques graves réduisent l'efficacité du traitement.

- Des efforts doivent être faits pour faire connaître l'existence des services spécialisés en toxicomanie, car la majorité des personnes affectées ne demande pas d'aide.
- Les groupes d'entraide représentent une disponibilité de soutien qui demande à être encouragée.
- Le traitement en toxicomanie est profitable économiquement. Les bénéfices du traitement sont supérieurs à ses coûts.

De plus, l'utilisation contrôlée de la méthadone comme substance substitut représente une stratégie réputée efficace pour réduire les méfaits associés à la consommation chez les héroïnomanes (Cloutier, 1999).

L'application d'une stratégie d'appariement

Dans le cadre d'un réseau intégré, il devient important que la clientèle en demande de services reçoive le service qui répond le mieux à ses besoins. Bien que le Programme régional d'organisation de services en toxicomanie (RRSSS Montérégie, 1995) réitère une orientation nationale à l'effet de choisir, en autant que faire se peut, le milieu naturel comme lieu d'intervention, l'application d'une stratégie d'appariement demeure à privilégier dans le cadre du développement d'un réseau intégré en toxicomanie.

L'application de la stratégie d'appariement amène à orienter différemment les clientèles qui se distinguent dans le degré de gravité et de complexité des problèmes qu'elles présentent. Ce qui demande une variété de formes d'intervention, allant des plus légères aux plus encadrantes, d'un degré d'intensité minimal à élevé ou d'intervention conjointe lorsqu'il s'agit d'une double problématique.

La littérature portant sur les meilleures pratiques en toxicomanie (Eliany et Rush, 1992) identifie cette stratégie d'appariement comme valable pour favoriser l'efficacité de l'intervention. Cependant, Roberts et al. (1999) soulignent le manque d'assise dans l'identification des critères à privilégier pour appliquer cette stratégie. Les auteurs proposent que ces lignes directrices puissent varier d'une région à l'autre. Ils portent cependant une attention sur la nécessité de procéder à des boucles de rétroaction, suite à l'évaluation des résultats obtenus dans l'intervention, afin de procéder à une bonification continue des services.

Dans ce dernier cas, l'évaluation de programme s'avère un champ de la recherche important à intégrer à la pratique, soit en termes d'évaluation des besoins, de possibilités d'action, d'implantation, des effets ou du rendement (MSSS, 1998b).

L'entrevue motivationnelle brève

Le développement de plus en plus répandu de l'entrevue motivationnelle brève visant à développer, supporter et renforcer la motivation du client à entreprendre et maintenir un traitement, suscite beaucoup d'espoir en matière d'efficacité du traitement en toxicomanie.

Elle se traduit par une série de techniques et de stratégies mais l'essence, la nature même de l'intervention, réside d'abord et avant tout dans la relation entre le thérapeute et la personne aidée. L'entrevue motivationnelle brève se divise en deux grandes phases. La première étape vise à faire ressortir un portrait global de la situation, tout en tentant de faire progresser le client vers une décision afin de résoudre une situation difficile.

La deuxième étape vise à consolider la décision de changement et à débuter les actions pour y donner suite. La durée d'une entrevue oscille généralement entre une à six rencontres. Cette technique vise d'abord à aider l'individu à prendre une décision et à trouver sa motivation pour modifier un comportement problématique (Rossignol, 1999, Miller & Rollnick, 2002; Miller, Benefield & Tonigan, 1993).

LE MODE DE DISPENSATION DES ACTIVITÉS ET DES SERVICES

LA NÉCESSITÉ DE L'INTÉGRATION DES SERVICES

Depuis le rapport Castonguay-Neveu en 1970, la logique traditionnelle de structuration des services de santé et de services sociaux repose sur l'utilisation des ressources mises à la disposition des organisations par l'État pour accomplir une mission bien spécifique définie dans la loi les constituant. Cette logique entraîne parfois une dispensation très fragmentée des services où il appartient à la clientèle de faire elle-même les démarches nécessaires pour avoir accès aux services.

De plus, les pratiques professionnelles se sont souvent enfermées dans des frontières organisationnelles restrictives quant à la capacité des établissements de travailler ensemble au profit d'un service continu et complémentaire pour le client commun. Cette logique repose sur une approche où chaque service traite de façon isolée un aspect des besoins des personnes, d'une famille ou d'une problématique. Les organisations de services n'ont conséquemment pas d'intérêt immédiat à collaborer, puisque toute la logique de développement repose sur l'affirmation de leur spécificité inscrite dans leur mission. Cette approche traditionnelle des organisations qui travaillent seules, en fonction de leur mission propre, peut se révéler inapte à répondre adéquatement et de façon continue à un éventail de besoins vécus par une partie importante de la population.

D'autre part, l'environnement externe des organisations s'est quelque peu modifié durant les dernières années, obligeant les dispensateurs de services sociaux et de santé à revoir les paradigmes d'organisation des services. Plusieurs variables de l'environnement externe confrontent le système de dispensation des services à des défis dont il n'a pas encore trouvé toutes les solutions. D'abord, l'accroissement continu de la demande de services excède l'offre de service et soumet régulièrement la clientèle à une liste d'attente. Une étude récente a démontré que le délai d'attente a un lien significatif avec la possibilité de rencontrer certains problèmes de santé physique, de santé mentale, de relations conjugales, familiales et judiciaires et que celui-ci contribue à l'alourdissement de certaines situations vécues par les personnes lorsqu'elles sont en démarche de traitement, tout en exerçant une forte pression sur les autres ressources gouvernementales (Forget & Cuillerier, 2002). Les compressions budgétaires des dernières années ont accru ce phénomène. Les organisations sont à la recherche d'une plus grande efficience en réduisant les dédoublements de certains services. Une meilleure coordination interne et externe a contribué à accroître l'accessibilité aux services au profit d'une clientèle aux besoins multiples.

Depuis quelques années, les besoins de la population se sont complexifiés. Selon une étude réalisée dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies du Québec, 88 % des sujets présentaient un trouble de la personnalité caractérisé par un fonctionnement rigide, une tendance à se maintenir dans des situations de dysfonctionnement qui entraînent des échecs successifs et une faible résistance au stress. Les personnes présentant des

troubles bipolaires (ex. : maniaco-dépression) ont, pour leur part, des taux onze fois plus élevés d'abus de substances que la population générale. Le suicide, la violence familiale, la négligence parentale, le décrochage scolaire sont des problématiques fréquemment associées à la problématique de consommation qui complexifient les besoins présentés par le client et obligent une réponse adaptée. De plus en plus, nos ressources ne sont pas les seules à disposer de la réponse unique à la complexité des besoins présentés par la population, et conséquemment, elles se retrouvent trop souvent avec des clients assis *entre deux chaises*.

Enfin, l'accès à des services de qualité milite en faveur d'une continuité de l'intervention supportée par une cohérence garantissant son efficacité. Dans le réseau jeunesse, par exemple, le rapport du vérificateur général de 1999 jetait un regard très sévère sur le cloisonnement des services et l'absence de coordination entre les différents intervenants pour un même jeune. La désormais triste affaire *Beaumont*, dans la région de Québec, mettait en relief la discontinuité entre les services sociaux et ceux de l'éducation qui permettait à un père de continuer à abuser de ses enfants, malgré la présence d'une multitude d'intervenants au dossier. Le rapport Cliche « Agissons en complice » soulignait l'urgence de coordonner nos services au profit d'un service de qualité s'appuyant sur la continuité et la complémentarité des différents intervenants et des différentes organisations, tant au niveau de la prévention qu'au niveau de la réadaptation.

Ces facteurs de l'environnement externes bouleversent le mode traditionnel de l'organisation des services et le soumettent à de nouveaux défis pour maintenir son accessibilité, accroître son efficience et offrir un service de qualité dans une perspective de continuum. L'évolution des besoins de la population amène les organisations à coordonner leurs activités et à travailler ensemble au profit d'une intégration des services à la population. À partir de ce nouveau paradigme, nous avons vu apparaître, depuis quelques années, un nouveau discours incitant le développement de la concertation, du partenariat, de l'intersectoriel illustrant à partir de différents points de vue la nécessité de l'intégration des services.

DU POINT DE VUE DU CLIENT

Du point de vue de la personne en besoin de services en toxicomanie, le développement d'un réseau intégré constitue une valeur ajoutée. Quels que soient les mécanismes qui coordonnent derrière les rideaux la prestation du service direct au client, celui-ci sera en contact avec le bon service du premier coup, dispensé dans le cadre d'un processus continu, s'appuyant sur des standards de qualité et adapté à la complexité des besoins qu'il présente. Conséquemment, il répondra aux attentes de la clientèle d'avoir accès à un service adapté et de qualité.

D'abord, le réseau intégré en toxicomanie s'appuie sur un engagement envers sa clientèle. Ce système de valeurs, auquel adhèrent les acteurs du réseau intégré en toxicomanie, constitue les fondements du projet collectif. Ce système de valeurs s'inspire d'une approche clientèle par rapport à une approche de mission d'établissement.

De plus, le réseau intégré facilite l'accès en identifiant clairement la porte d'entrée du réseau et en supportant le délai d'attente. La majorité des sondages de satisfaction de la clientèle menés au cours des dernières années dans le réseau de la santé et des services sociaux met en relief que les

usagers sont relativement satisfaits des services qu'ils reçoivent. D'autre part, c'est au niveau de l'accès aux services que les taux de satisfaction baissent. L'attente majeure du client se situe au niveau de l'accès et du délai pour avoir accès au bon service : le client souhaite frapper à la bonne porte du premier coup.

Une seconde attente du client se situe au niveau d'une réponse adaptée, quelle que soit la complexité de ses besoins. Il souhaite trouver chez les prestataires du service une réponse intégrée sans morcellement ni fragmentation de sa personne à travers les missions d'établissements ou les frontières de la pratique professionnelle. Même si la réponse à ses besoins nécessite plusieurs intervenants d'organisations diverses, il souhaite une liaison continue, lui évitant de reprendre son histoire personnelle à chacune des étapes du processus de dispensation du service. Cette attente commande des mécanismes de référence, de liaison et coordination soutenant la continuité du processus d'aide.

Le client est en droit de s'attendre à ce que le service soit dispensé dans le cadre d'une relation significative inspirant la confiance, s'appuyant sur le respect mutuel et sur des attitudes qui tiennent compte de sa situation personnelle : une approche personnalisée. Quels que soient les mécanismes de liaison et de coordination, les stratégies d'intervention utilisées, les outils d'évaluation validant les besoins doivent s'inscrire dans un contexte favorisant la personnalisation des services à travers l'établissement d'une relation de confiance entre l'intervenant et la personne en besoin d'aide.

Enfin, la personne en situation de déséquilibre temporaire nécessitant des services en toxicomanie conserve sa capacité de faire des choix quant à ce qu'elle croit être le meilleur pour sa situation. Elle doit conséquemment être impliquée dans l'ensemble des processus décisionnels l'impliquant. Du processus d'évaluation nécessaire à l'accès, à la formulation de l'offre de service, tout au long de la mise en œuvre de son plan d'intervention jusqu'à la fermeture de son dossier, le réseau intégré en toxicomanie préconise une implication continue de la part du client dans l'ensemble des processus décisionnels lui permettant de reprendre le contrôle et la maîtrise de sa vie.

Dans cette perspective, cette nouvelle offre de service répondra avec adéquacité aux besoins complexes du client, en s'assurant de son implication nécessaire à l'efficacité de l'intervention. Les différents mécanismes de coordination devront conséquemment répondre aux attentes identifiées du point de vue du client, tant au niveau des acteurs clés garantissant la liaison qu'au niveau des structures assurant la coordination.

Du point de vue du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le Plan d'action en toxicomanie (1999-2001 MSSS, 1998a) souligne le manque d'intégration des services pour les personnes qui présentent plus d'un problème et constate un manque de continuité et de complémentarité entre les divers services et ressources des différents réseaux. Un des principes directeurs est le développement d'une action concertée : l'intrasectorialité ainsi que l'intersectoriel, et ce, dans tous les domaines, soit en promotion de la santé, en prévention, en dépistage, en intervention précoce, en désintoxication, en réadaptation ainsi qu'en réinsertion

sociale. Aussi, une des pistes d'action est de mettre au point des mécanismes de concertation tant au niveau local, régional que national, permettant ainsi une meilleure orientation des personnes. Il identifie subséquemment les indicateurs de résultats de son plan d'action en fonction de l'intégration des services sur les territoires.

Plus récemment, la Commission Clair, dans le cadre de ses recommandations, proposait la mise en place sur un territoire de CLSC d'équipes territoriales d'interventions conjointes regroupant des intervenants multidisciplinaires et multi-établissements pour résoudre les difficultés qui se posent sur le plan de la cohésion et de la continuité des interventions. Ces équipes viseraient à réduire de manière sensible le nombre de jeunes et de parents qui n'ont pas accès aux services dont ils ont besoin parce que leur situation est trop complexe ou qu'elle ne correspond pas au mandat d'un établissement.

Du point de vue de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Le Plan de consolidation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (1999-2002) fixe comme première orientation régionale en toxicomanie de rendre plus accessible les services et de parachever le réseau intégré de services en toxicomanie, et ce, le plus près possible du milieu de vie des personnes. Il met également en relief la nécessité d'arrimer les niveaux d'intervention en toxicomanie de la prévention jusqu'au soutien à la réintégration sociale par la nécessaire clarification des rôles et responsabilités et des frontières de chacun des acteurs du réseau intégré.

Parallèlement à ces énoncés stratégiques en faveur de l'intégration des services en toxicomanie, la Régie régionale entreprenait, depuis quelques années, toute une série de travaux sur d'autres problématiques en vue de généraliser sa vision sur l'intégration des services à la population de la Montérégie. Nous avons vu conséquemment apparaître graduellement une vision de réseau intégré en santé mentale, en déficience physique, et la mise en œuvre du protocole de collaboration visant l'intégration des services aux jeunes entre les Centres jeunesse et les CLSC.

Enfin, plus récemment, la Régie régionale a adopté un plan stratégique 2003-2006 qui entend développer la gamme de services, particulièrement auprès des 12 à 25 ans, essentielle à l'implantation du réseau intégré en toxicomanie.

Par ailleurs, la Régie régionale proposait aux différents acteurs du réseau jeunesse tant des ressources en toxicomanie, des CLSC, des Centres jeunesse, en déficience intellectuelle, des organismes communautaires ainsi que du réseau de l'Éducation, un outil commun d'intégration des services directs à travers un cadre de référence unique sur le plan de service individualisé (PSI). S'appuyant sur un processus clinique rigoureux, utilisant des outils communs d'identification des besoins du client, supporté dans son implantation par un appui important et efficace, le cadre de référence sur le PSI constitue un puissant outil d'intégration des services instrumentant les intervenants de la base par le développement de langage commun et de stratégies d'intervention convergentes pour le client.

DU POINT DE VUE DE LA COMMUNAUTÉ SCIENTIFIQUE

En février 2001, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie publiait un guide pour développer la concertation auprès des intervenants et des gestionnaires en toxicomanie. Reconnaissant la nécessité d'une plus grande intégration des services en toxicomanie pour faire face à la complexité de plus en plus grandissante des besoins de la clientèle, le cahier consacré entièrement à la concertation cerne les concepts, décrit les processus à mettre en place, les bénéfices et les coûts et fournit des instruments d'évaluation forts pertinents.

Parallèlement, dans divers champs d'activités au niveau des personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA), en oncologie, en santé mentale et dans beaucoup de champs d'activités spécifiques, nous assistons au développement de cette vision de réseau intégré que la recherche supporte au fur et à mesure de leur implantation. Leur pertinence et leur nécessité n'étant nullement mises en cause, la communauté scientifique, à travers ses travaux, instrumente graduellement les stratégies d'implantation et l'évaluation de leur impact auprès de la population.

O'Brien et Bushell (1980) décrivent dix caractéristiques normatives qui permettent le plein développement d'un réseau d'organisation qui souhaite se concerter et assurer des services complémentaires à une clientèle :

- L'accès de la clientèle par guichet unique, ligne téléphonique 24/7, l'identification d'une porte d'entrée.
- L'information et la référence au service approprié.
- La responsabilité confiée à une instance du maintien et du développement du réseau.
- L'existence de protocole définissant les rôles attendus de chacun.
- La mise en place d'un système commun d'information de gestion sur les services à la clientèle.
- L'établissement de liens entre les programmes et les services du réseau.
- La visibilité du réseau auprès de la population.
- Des mécanismes de solution des conflits.
- Des mécanismes de plainte des usagers.
- Des canaux pour recevoir la rétroaction du public sur le réseau.

Les mécanismes de coordination du réseau intégré en toxicomanie correspondent à ces caractéristiques normatives du point de vue de la communauté scientifique.

LE RÉSEAU INTÉGRÉ : UN CONCEPT À DÉFINIR

UNE DÉFINITION CONVENUE ENTRE LES PARTENAIRES

La pertinence de l'intégration des activités et des services au profit d'une meilleure efficacité et d'une qualité de service au client fait l'objet d'un consensus généralement reconnu quant aux principes et objectifs qu'il sous-tend. D'autre part, même si le concept est fréquemment utilisé en contrepoids aux approches en *silo*, de cloisonnement, de morcellement du service aux clients et de fragmentation de pratique professionnelle, la conception claire d'un réseau intégré varie souvent en fonction de son messager.

La littérature fournit diverses définitions de la notion de réseaux intégrés et un consensus véritable ne semble pas exister. L'association des hôpitaux de l'Ontario suggère la définition suivante : « *Un réseau intégré de services est un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie* ».

Depuis le début des années 80, de nombreuses expériences d'élaboration de réseaux intégrés ont été documentées au Québec, dans différents secteurs d'intervention. Les plus récentes expériences concernent la santé mentale (RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue, 1996 et RRSSS de la Montérégie 2001) ; les soins généraux (Table provinciale de concertation des Centres de santé, 1996 ; RRSSS de Québec, 1996) ; l'ensemble des continuums de services (RRSSS Montréal-Centre, 1997) et l'approche territoriale en sous-régions (Génie Biomédical Montérégie, 1998).

À ce jour, un seul rapport a fait l'objet d'une diffusion concernant le secteur de la toxicomanie au Québec. Il réfère à une initiative prise par la Table des directeurs généraux et des ressources communautaires de la MRC de Rouyn-Noranda (Potvin, 1996). De plus, un processus d'élaboration d'un réseau intégré en toxicomanie est présentement en cours dans la région de Québec auprès de la clientèle jeunesse (RRSSS de Québec, 2000). Ce processus se fait à la suite d'une démarche de mobilisation des partenaires. Il s'agit donc d'une approche pragmatique qui vise à se doter d'un cadre conceptuel permettant de représenter la réalité de l'organisation actuelle des services et d'en faciliter le développement.

À la lumière de différentes définitions pour décrire le concept de réseau intégré (RRSSS de Québec, 1996; RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue, 1996; Génie Biomédical Montérégie, 1998) ainsi que de l'importance d'y joindre les activités de promotion de la santé et de prévention de la toxicomanie, nous formulons la définition suivante :

> Un ensemble de ressources publiques, communautaires et privées qui offrent en collaboration, en complémentarité et dans un continuum d'interventions, une gamme d'activités et de services de qualité, organisés et coordonnés en vue d'en augmenter la pertinence, l'accessibilité, l'efficience et l'efficacité pour mieux répondre aux différents besoins de la population montérégienne présentant ou à risque de présenter des problèmes de toxicomanie.

Un réseau intégré n'est pas une fin en soi, mais bien un moyen qui demande de l'intérêt, des dispositions et de l'engagement de la part des partenaires concernés.

De plus, un réseau intégré doit comporter une clarification en termes d'objets d'intervention, de processus et de résultats attendus. Il représente un système ouvert et dynamique qui est susceptible de s'activer et de se développer différemment, à un rythme variable et d'une zone de services à une autre. Par ailleurs, son caractère dynamique et en constante mutation lui permet d'être initié sans que toutes les ressources nécessaires ou même disponibles soient déployées.

> La logique d'un tel système commande de mettre l'emphase sur les services à offrir et non pas sur les missions respectives (Landry, 1995).

Une telle définition du réseau intégré demande de clarifier quelques concepts, tels que la collaboration, la concertation, le partenariat et la coordination.

La collaboration

La collaboration représente une « mise en commun d'évaluations ou de ressources tangibles par au moins deux partenaires en vue de résoudre un ensemble de problèmes auquel aucun d'eux ne peut trouver de solution isolément » (Gray, 1985). La collaboration est une relation consentie entre partenaires, basée sur des intérêts et des affinités personnelles ou professionnelles. Le degré de stabilité des engagements des différents partenaires dans leur organisme respectif influence la capacité de maintenir une collaboration.

La mise en place d'un réseau intégré repose donc sur des rapports de collaboration qui évoluent progressivement vers une concertation en mettant à profit des mécanismes de coordination, tels que les ententes de services.

La concertation

La concertation est une démarche qui comprend l'ensemble des pratiques articulées d'un groupe d'acteurs décisionnels et autonomes qui ont convenu d'harmoniser non seulement leurs orientations mais également leurs stratégies d'intervention et leurs actions concrètes au sein d'un secteur d'activités donné (Schneider, 1987). Cette définition a été élaborée dans un contexte de promotion de la santé et de prévention. Elle apparaît tout aussi pertinente pour qualifier la concertation en lien avec le traitement.

La concertation comporte ainsi deux volets. Le premier émane de la collaboration entre partenaires engagés dans l'action directe auprès de populations cibles. Cette concertation s'exerce sur une base locale (Lebeau, Vermette et Viens, 1997; Kaye et Wolff, 1998). Pour sa part, le deuxième volet concerne les décideurs qui s'impliquent dans la concertation en la soutenant par des prises de position ou des décisions stratégiques. La base territoriale de cette concertation stratégique varie en fonction des lieux à privilégier pour exercer les rapports d'influence favorables aux actions concertées.

Le partenariat

Le partenariat représente une association et des relations entre individus ou organismes dans l'accomplissement d'une action. Il comporte une organisation des relations, une reconnaissance et un respect de la contribution de chacun ainsi qu'un apport mutuel de services. À cet égard, le partenariat peut être vu comme étant l'esprit de la concertation. Il est susceptible de caractériser des expériences de concertation bien déployées.

La coordination

La coordination représente la mise en ordre de manière cohérente d'un ensemble d'actions ainsi que l'organisation de ces actions en vue d'obtenir un but recherché (Ouellet et al., 1995). À cet égard, les rôles de maître d'œuvre, d'agent de liaison, d'agent communautaire, d'intervenant pivot ou principal, ainsi que les mécanismes d'accès, la gestion de cas, les plans de services individualisés et les ententes ou protocoles de services sont des exemples de mesures permettant d'assumer la fonction de coordination.

La coordination exige une transmission efficace de l'information afin de rendre utiles aux partenaires les données relatives aux clientèles, aux intervenants, aux pratiques ainsi qu'aux politiques, aux procédures et aux ententes de services.

La fonction de coordination est fondamentale dans la capacité de susciter le développement de la concertation (Rush, 1997). Elle demande du temps et de l'énergie ainsi que des ressources. La coordination doit donc être reconnue, valorisée et soutenue comme élément de base du fonctionnement d'un réseau intégré.

> L'importance accordée à la coordination indique qu'un réseau de services et d'activités ne peut s'animer et se maintenir animé sans appliquer des fonctions de contrôle et de régulation.

LES COMPOSANTES D'UN RÉSEAU INTÉGRÉ

Les partenaires du réseau intégré en toxicomanie, tout en s'inspirant de la littérature, ont convenu d'un certain nombre d'éléments devant constituer leur vision du réseau intégré.

D'abord, une promesse d'engagement envers la population jeune et adulte du territoire de la Montérégie quant à sa responsabilité à formuler une offre d'activités et de service communs et pertinents à ses besoins. De plus, l'engagement de n'avoir aucun client *entre deux chaises*, même pour des besoins complexes en toxicomanie, illustre ses responsabilités. Enfin, les besoins du client, au-delà des missions des établissements et des organismes du réseau, constituent le critère d'arbitrage des situations litigieuses; un système de valeurs convenues et partagées sous-tend sa vision du projet collectif auquel il souhaite contribuer.

De plus, la prestation de services en toxicomanie de chacun des dispensateurs institutionnels et communautaires s'inscrit dans un continuum d'activités et de services au client, de la prévention à la réinsertion sociale. L'offre de service aux adultes et aux jeunes en Montérégie se fonde sur un processus clinique et un parcours clientèle cohérent et rigoureux, garantissant la continuité et la complémentarité du service. Le client a accès à un réseau de services au-delà des missions parfois cloisonnées des établissements. Conformément à la définition de l'OMS, la notion de continuum de services implique une réduction des duplications inutiles, un accès à la bonne porte du premier coup, une synergie permettant la continuité de l'intervention et en fonction des besoins de la clientèle.

Enfin, la vision du projet collectif des partenaires du réseau intégré en toxicomanie implique une interdépendance omniprésente. Aucun acteur ou aucune organisation du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie n'ont. à eux seuls, toutes les ressources, les compétences et la légitimité pour apporter une réponse complète et adéquate aux besoins de la population ciblée en toxicomanie. En conséquence, ils doivent miser sur le partage et la reconnaissance des expertises cliniques distinctes des dispensateurs des activités et des services au client. La concurrence et la compétition sont exclues au profit de la coopération dans le respect de l'autonomie décisionnelle des partenaires du réseau, ceux-ci travaillant dans un esprit de relations égalitaires et s'inscrivant dans des protocoles de collaboration.

Plus précisément, selon Alter et Hage (1993) dans le domaine des organisations de services, ils visent premièrement à s'assurer que tous les moyens (ressources, services, compétences) nécessaires à l'atteinte des objectifs du réseau sont disponibles. Deuxièmement, que l'accès aux services du réseau intégré soit garanti et, troisièmement, que les différentes composantes du réseau interagissent harmonieusement au cours du temps, les unes avec les autres.

Il est généralement reconnu que, plus les besoins de la population sont complexes (itinérance, santé mentale, difficultés graves d'adaptation), plus l'interdépendance et la coordination sont essentielles à l'accès et au traitement dispensé par le réseau.

La responsabilité collective est de formuler une offre d'activités et de service pertinente aux besoins de la population, efficace dans ses impacts auprès de la clientèle et réduisant la toxicomanie auprès de la collectivité. Cette constituante de la définition partagée de réseau intégré exige conséquemment la détermination d'indicateurs de résultats populationnistes et individuels permettant d'ajuster régulièrement l'offre d'activités et de service et la coordination de la dispensation du traitement en fonction des besoins de la clientèle. De plus, elle implique une définition claire des rôles et responsabilités identifiant les zones d'imputabilité de chacun des différents acteurs dans le cadre des différents protocoles de collaboration.

LES CARACTÉRISTIQUES D'UN RÉSEAU INTÉGRÉ EFFICACE

La démarche entreprise vers un réseau intégré en toxicomanie doit permettre aux acteurs impliqués d'en arriver à un nouveau paradigme dans la façon de définir un mode de dispensation d'activités et de services. La mise en place et le fonctionnement d'un tel réseau devraient comporter les caractéristiques suivantes :

- La centration sur la clientèle et les besoins à satisfaire.
- Le développement d'une approche par programme.
- Un consensus entre les acteurs sur les principes directeurs d'une action concertée.
- Un consensus, entre les acteurs sur un continuum d'activités et de services, déterminé par les orientations et l'offre de service.
- La disponibilité d'une gamme d'activités et de service de qualité qui s'inspire des meilleures pratiques et de celles jugées prometteuses.
- Une répartition claire des rôles et des responsabilités des acteurs en lien avec les orientations et l'offre d'activités et de service.
- Une imputabilité des acteurs en regard de leurs rôles et responsabilités.
- L'utilisation d'un langage et d'outils communs sur le plan de l'évaluation.
- Des mécanismes d'accès et de coordination des services ainsi que d'orientation de la clientèle.
- Une gestion efficace des communications.
- Des modalités de formation et des mécanismes d'allocation des ressources cohérents avec les orientations et l'organisation des services.
- Des indicateurs de résultats ainsi que des mécanismes de suivi et d'évaluation.
- Une capacité à se remettre en question et à ajuster ses pratiques.

SES COMPOSANTES : LE SYSTÈME CLIENTÈLE, LA GESTION ET L'ALLOCATION DES RESSOURCES

L'intégration des services à travers les contributions et les pratiques de plusieurs professionnels de différentes organisations commande la mise en place de mécanismes de coordination garantissant l'interdépendance des systèmes en présence.

Contrandriopoulos (2001) identifie trois sous-systèmes devant faire l'objet d'une coordination pour réaliser l'intégration d'un réseau de services : le système clientèle, le système de gestion du réseau et le système de financement.

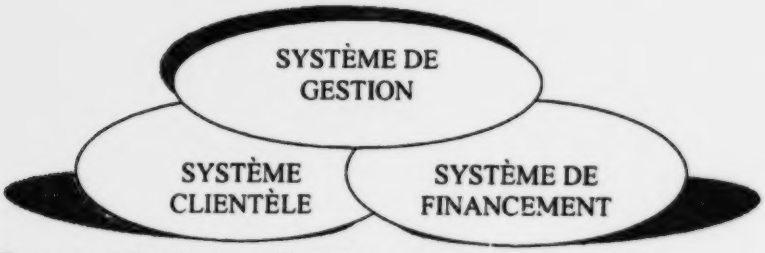


Figure 1 – L'intégration d'un réseau de services et ses systèmes

Le système clientèle est constitué des modalités de prise en charge clinique des clients et des règles des meilleures pratiques de l'intervention professionnelle. Il doit assurer une intégration optimale des activités et des services directs au client dans le temps, dans l'espace et entre les différents professionnels.

Le parcours de l'usager ayant été convenu, le processus clinique ayant été identifié, les outils communs ayant fait l'objet d'un consensus des différents intervenants, il nous faut coordonner les interventions des professionnels d'organisations différentes au profit des besoins du client. La porte d'entrée des CLSC doit s'inscrire, sans dédoublement, en continuité avec le plan d'intervention des centres de réadaptation et déboucher sur un processus de réinsertion sociale en lien avec la séquence des interventions des professionnels du deuxième niveau de service.

L'équipe clinique, constituée de différents professionnels en provenance de différentes organisations, doit pouvoir se coordonner à travers un plan de services individualisé pour un client unique. Le système clientèle garantissant la continuité clinique des services directs constitue un objet de coordination déterminant dans la mise en œuvre d'un réseau qui vise l'intégration des services en toxicomanie.

Le système de gestion est constitué d'activités, de normes et de pratiques qui coordonnent comment le pouvoir et les responsabilités sont distribués et assumés à l'intérieur du réseau intégré en toxicomanie en fonction des résultats souhaités auprès du client. Ce système est porteur du projet collectif et de son actualisation à travers l'offre d'activités et de service à la population de la Montérégie. Il est garant du système de valeurs ayant fait l'objet d'un engagement envers la clientèle. Il coordonne les contributions réciproques des différents acteurs à travers la gestion des ententes de collaboration. Il définit les règles régissant les rôles et les champs de responsabilité des participants au réseau intégré. Il arbitre les différends au profit de la convergence de la vision du réseau intégré. Il est également garant de la pertinence de l'offre d'activités et de service à la population et il en vérifie les résultats tout au long du déploiement du réseau intégré sur le territoire de la Montérégie. Il dispose, à cet effet, d'un système d'information lui permettant de guider les ajustements et le pilotage de l'opérationnalisation du réseau. Il se donne une planification des activités en assurant la promotion, la mise en œuvre et l'évaluation tant dans la cohérence entre les objectifs souhaités par le projet collectif que dans ses impacts en termes d'efficacité et de qualité auprès de la clientèle.

Le système de financement du réseau intégré en toxicomanie constitue le levier le plus puissant en validant l'interdépendance et la coopération ou, au contraire, en provoquant le morcellement et l'effritement. Le système de financement du réseau intégré doit faire l'objet d'une coordination transparente et cohérente entre les valeurs recherchées par le réseau et le support à sa mise en œuvre. Le système de financement est constitué du mode d'allocation des ressources, du processus décisionnel déterminant les cibles d'allocation et de l'ampleur de l'allocation supportant une offre de service minimale à la population.

Dans une région en pénurie de ressources comme en Montérégie, le choix du mode d'allocation des ressources et l'ampleur des ressources allouées à l'un ou l'autre des acteurs du réseau, constituent une décision stratégique déterminante pour le maintien et la survie de la volonté des partenaires à participer au projet collectif. Il sous-tend des valeurs comme la transparence du processus décisionnel à travers des règles d'allocation connues et partagées et l'équité entre les partenaires dont le niveau de ressources ne s'avère pas être le même. Le processus de budgétisation des ressources s'effectue, conformément à la Loi sur la santé et les services sociaux, à des établissements ou des organismes communautaires, souvent à partir de facteurs historiques et parfois en fonction des influences politiques. Depuis 1991, le programme de toxicomanie a bénéficié de peu d'allocation de ressources. Il se situe parmi les plus pauvres en Montérégie et au Québec.

Conséquemment, il a induit dans le système une concurrence de marché valorisant la compétition individuelle et les stratégies de représentations politiques pour obtenir des ressources souvent limitées. La construction d'un réseau intégré et sa mise en œuvre nécessitent l'interdépendance et la coopération des acteurs. Elle induit conséquemment une logique différente, valorisant la coopération et l'interdépendance à travers les incitatifs financiers et leurs modes d'allocation.

Le système de financement du réseau intégré doit conséquemment faire l'objet d'une coordination cohérente avec les valeurs recherchées, compte tenu de l'importance qu'il revêt dans le maintien ou le morcellement de l'intérêt des établissements et des organismes à y participer.

LA PRIORITÉ ACCORDÉE AUX BESOINS DE LA PERSONNE

Le réseau intégré doit travailler à répondre aux besoins des personnes à risque ou présentant des problèmes reliés à la consommation de substances psycho-actives ainsi qu'aux besoins des membres de leur entourage. Ces personnes se distinguent selon les variables suivantes :

- Le sexe (les hommes et les femmes, particulièrement les mères toxicomanes de jeunes enfants ou enceintes).
- L'âge (les jeunes, les adultes et les personnes âgées).
- La langue (les francophones, les anglophones).
- Le niveau du risque ou le degré de gravité en lien avec la consommation.
- Le type de consommation (produit, quantité, fréquence).

- Le type de problématique associée (les problèmes concomitants de santé mentale et de justice associés à la toxicomanie, les utilisateurs de drogues par injection, les personnes sans domicile fixe).

LES BASES TERRITORIALES DU MODÈLE

Le Plan de consolidation (RRSSS Montérégie, 1999a) identifie les territoires de CLSC comme étant le lieu où la concertation émerge et se développe.

> Ainsi, le territoire de CLSC est la base de l'organisation du réseau intégré.

Le modèle de réseau intégré vise donc à offrir une gamme d'activités et de services le plus près possible des milieux de vie, en privilégiant un mode d'intervention ambulatoire offert en services externes, en centre de jour ou dans la communauté. Ainsi, la personne peut y faire des apprentissages et des ajustements en tenant compte des facteurs de réalité. Par ailleurs, les ressources de sa communauté sont susceptibles d'être mises à profit pour l'aider et la soutenir dans sa démarche de prise en charge.

Les orientations régionales en Montérégie (RRSSS Montérégie, 1999a) précisent que le développement des réseaux intégrés de chacun des programmes clientèle est cependant susceptible de suivre une géométrie variable. Celle-ci signifie que la distribution et l'organisation des effectifs d'un programme clientèle sur un territoire peuvent être régionales, sous-régionales ou locales en fonction des masses critiques ainsi que des ressources disponibles. De plus, elle tient compte de la distinction entre les activités de prévention, les services de base et les services spécialisés en toxicomanie.

LA GAMME D'ACTIVITÉS ET DE SERVICES

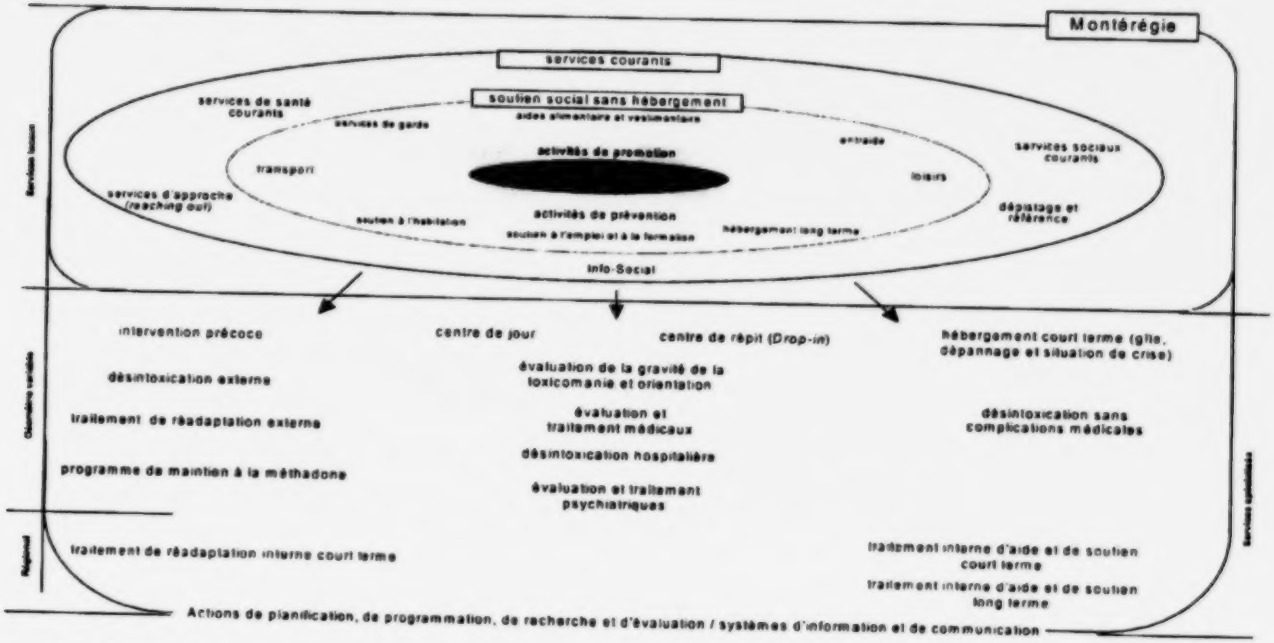
Un modèle de réseau intégré comporte une gamme d'activités et de service susceptible d'être mise à profit par la population sur un territoire donné. Le besoin d'offrir certaines activités ou certains services varie d'une région à l'autre ainsi qu'entre les différents territoires d'une même région. Cette gamme de services et d'activités est communément appelée le *panier de services*. Elle comporte les activités de promotion de la santé et de prévention de la toxicomanie ainsi que les services courants ou de base, dits de première ligne. Elle comporte également les services spécialisés, dits de deuxième ou troisième ligne.

Le Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 (MSSS, 1998a) précise qu'une gamme de services et d'activités vise à améliorer la qualité de vie des personnes, à diminuer les conséquences négatives de la toxicomanie, à en assurer un traitement adéquat et à prévenir les rechutes. De plus, il précise qu'une gamme d'activités et de services doit tenir compte du contexte régional et des ressources disponibles en vue de mieux répondre aux besoins des différentes clientèles. Elle doit constituer un réseau flexible d'activités et de services offerts dans un ordre et un temps déterminés.

Le tableau suivant identifie la gamme complète d'activités et de service susceptible de jouer un rôle dans l'offre d'activités et de service en toxicomanie ainsi que dans l'application des programmes de promotion de la santé et de prévention de la toxicomanie. Cependant, la Montérégie ne dispose pas de l'ensemble de ces activités et de ces services.

Le réseau intégré se développera donc en mobilisant les partenaires pour tenter d'élargir progressivement la gamme d'activités et de services disponibles.

Figure 2 - La gamme complète d'activités et de services



Les services identifiés dans la section à géométrie variable sont susceptibles d'être offerts en fonction des masses critiques et des ressources disponibles

La prévention

Les orientations ministérielles en prévention de la toxicomanie (MSSS, 2001) proposent différents axes d'intervention et d'action qui reposent sur trois grandes orientations complémentaires :

- Agir en amont des problèmes d'adaptation sociale.
- Prévenir les risques de conséquences négatives ou l'aggravation des problèmes liés à l'usage inapproprié de substances psycho-actives.
- Promouvoir l'adoption de politiques publiques cohérentes en matière de substances psycho-actives.

La première orientation rappelle la nécessité d'agir avant tout en amont dans une perspective de promotion de la santé. On vise à l'intérieur de cette orientation la mise en place de conditions et d'environnements favorisant l'adoption d'habitudes de vie saines et sécuritaires, de même que la possibilité de faire des choix éclairés en matière de consommation de substances psycho-actives.

La deuxième orientation vise davantage la prévention de l'usage inapproprié et des méfaits reliés à celui-ci. Sans promouvoir l'usage de substances psycho-actives, cette orientation se veut pragmatique puisqu'elle supporte la mise en place d'activités de réduction des méfaits s'adressant aux usagers potentiels ou actuels dont la consommation constitue un danger pour eux-mêmes ou pour leur entourage.

La dernière orientation concerne l'adoption de politiques publiques cohérentes conduisant à des règlements ou à des procédures, tant au niveau gouvernemental, institutionnel que corporatif. Cette orientation s'adresse, tant aux mesures ciblant l'amélioration des conditions de vie que celles visant la mise en place de zones de tolérance. À cause de leurs caractéristiques distinctes, les politiques sont divisées en trois catégories : alcool, médicaments et substances illicites.

Les services de base

Les services de base se caractérisent par une grande accessibilité; une prestation à court terme, flexible et polyvalente; un soutien au maintien de l'autonomie fonctionnelle de la personne dans son milieu ou dans un milieu d'hébergement ou de soins; des interventions qui nécessitent des connaissances pluridisciplinaires intégrées dans une approche globale orientée vers la solution de problèmes multiples. On y retrouve les services de santé physique et psychosociaux courants ou généraux, l'intervention en situation de crise ou d'urgence.

Ils doivent être coordonnés dans les territoires locaux de concertation afin de dynamiser les interventions en suscitant la cohérence, mais aussi les modes de collaboration avec les services spécialisés.

Le réseau intégré en toxicomanie comportera l'établissement de collaborations ou de maillages avec d'autres services de base en santé et services sociaux (services courants) ainsi qu'auprès de partenaires intersectoriels (ex. : municipalité, éducation, justice, sécurité publique). Ces collaborations et maillages visent à favoriser une continuité de l'intervention lorsque requise.

Les services spécialisés

Les services spécialisés sont offerts à une clientèle ciblée en fonction de certaines de ses caractéristiques biopsychosociales ou consécutivement à l'aggravation de l'état d'urgence d'une condition. Ils comportent une approche spécifique reconnue comme efficace et donnant lieu à l'utilisation d'outils d'évaluation ou de stratégies d'intervention nécessitant une formation adaptée.

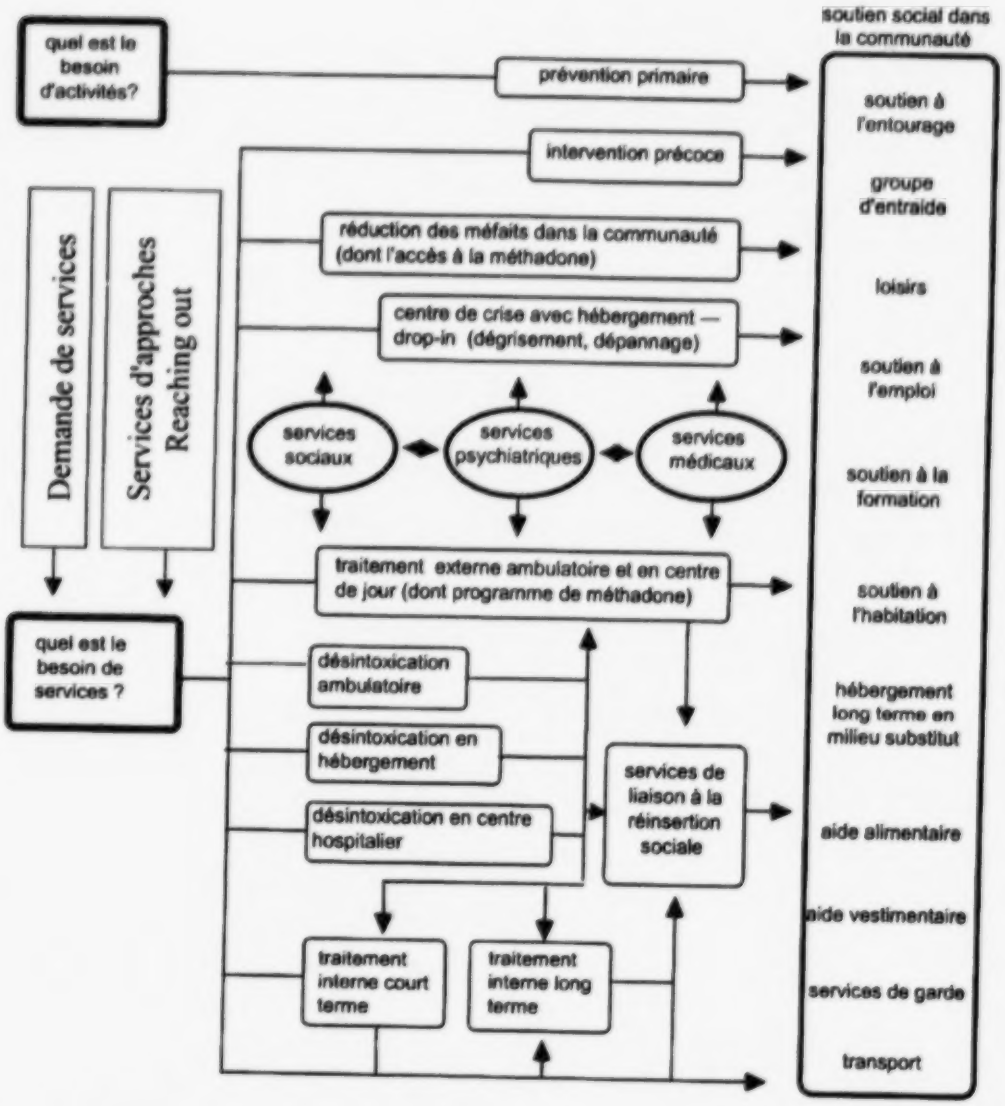
Les services spécialisés en toxicomanie concernent l'évaluation de la gravité de la toxicomanie, la désintoxication, la réadaptation incluant l'insertion sociale et professionnelle ainsi que les programmes de maintien à la méthadone dans une perspective de réduction des méfaits. Les services spécialisés concernent également le traitement d'aide et de soutien d'organismes privés ou communautaires qui répondent à des normes de qualité.

Le réseau intégré en toxicomanie comportera également l'établissement de collaborations ou de maillages avec d'autres services spécialisés en santé et services sociaux (ex. : spécialités médicales, psychiatrie, centres jeunesse).

Finalement, les services spécialisés concernent également les fonctions de coordination et d'évaluation du réseau intégré.

LE CHEMINEMENT DE LA PERSONNE

Figure 3 - Le cheminement d'une personne en tenant compte de la gamme d'activités et de services en toxicomanie



LES NIVEAUX D'INTERVENTION

Le Plan d'action en toxicomanie (MSSS 1998a) insistait sur l'arrimage des différents niveaux d'intervention afin de mieux répondre aux besoins de la population. Dans le but de se doter d'un langage commun, ces niveaux sont définis dans le tableau ci-dessous.

Tableau II

Les niveaux d'intervention en toxicomanie

Promotion de la santé et du bien-être	Processus visant à rendre les personnes et les collectivités capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et du bien-être, et de ce fait, de maintenir ou d'améliorer leur santé et leur bien-être. Centration sur le développement des facteurs de robustesse ou de protection (de nature psychosociale ou autre) et le développement de conditions favorables à de saines habitudes de vie.
Prévention	Vise à réduire l'apparition des problèmes de santé et de bien-être en ciblant les facteurs de protection et de risques associés à ces problèmes, soit en ciblant la population générale (mesure universelle), soit en ciblant des populations plus à risque en diminuant l'incidence des problèmes (mesure sélective).
Dépistage	Activité dont le but est de sélectionner les individus présentant une condition encore asymptomatique donc, à un stade de la maladie où le traitement entraînera une amélioration du pronostic.
Intervention précoce	Représente une intervention auprès de personnes présentant les premières manifestations d'un problème de toxicomanie en vue d'éviter que leur situation se détériore.
Évaluation et orientation	Comporte l'utilisation d'outils spécialisés pour évaluer la gravité de la toxicomanie ainsi que le fonctionnement psychosocial de la personne en vue de lui offrir le traitement qui correspond le mieux à sa condition.
Désintoxication	Implique l'évaluation de la condition physique et des risques associés ; un soutien et des soins, s'il y a lieu, durant la période de sevrage et de récupération; une évaluation plus poussée ainsi qu'une intervention pour susciter la motivation au changement.
Traitement	Apprentissage ou ré apprentissage qui permet à une personne de reconstruire son équilibre physique, psychologique et social et d'accroître son autonomie en adoptant des comportements responsables et en utilisant ses ressources ainsi que celles de son milieu pour affronter ses problèmes et nourrir sa prise en charge.
Réinsertion sociale	Permet à la personne d'acquérir, de développer ou de renforcer certaines habiletés ou compétences pouvant l'aider à maintenir les gains acquis lors des étapes antérieures de l'intervention et à surmonter les difficultés d'intégration ou de réintégration dans la communauté sur les plans; psychosocial, socioprofessionnel et sociocommunautaire (RRSSS de Québec, 1998). La réinsertion sociale représente un élément essentiel de la chaîne d'intervention.
Soutien social	Recouvre une variété de ressources disponibles et utilisables par l'individu pour faire face aux difficultés de la vie, sans se rapporter à l'intégration de l'individu dans la société (Bozzini et Tessier, 1985). Il contribue à rehausser l'estime de soi, à diminuer le stress et à persévérer dans l'effort d'adaptation. Ces ressources réfèrent à l'aide matérielle, aux services, aux marques d'affection, aux conseils, aux informations ainsi qu'à la participation conjointe à des activités (Barrera et Ainly, 1983) en regard d'un besoin de nourrir un sentiment d'appartenance et de sécurité (Biegel et coll., 1980).

DES MANDATAIRES IMPUTABLES

La centration sur la satisfaction des besoins de la clientèle doit demeurer au cœur de l'engagement des partenaires. Mais cette centration doit s'inscrire dans une démarche d'imputabilité en regard des argents consentis ainsi que la responsabilité d'être efficients et efficaces. L'efficacité d'un réseau intégré, dans sa capacité de répondre avec adéquacité et pertinence aux besoins de la population jeunesse et adulte de la Montérégie, repose sur la contribution convenue et attendue de multiples partenaires. Ceux-ci, à travers leur mission et leur engagement, se rendent volontairement imputables et responsables d'assumer le rôle attendu et convenu au sein du réseau intégré. Un principe d'imputabilité interpelle directement les partenaires du réseau intégré en toxicomanie. La Commission Clair (2000) (p.232) définit l'imputabilité comme l'obligation de rendre compte de ses interventions, du résultat de ses actions. L'imputabilité est le corollaire de la responsabilité et elle nécessite la mesure de ses actions à partir d'indicateurs.

Le Plan de consolidation 1999-2002 (RRSSS Montérégie, 1999a) confirme aux établissements publics une imputabilité et une reddition de compte quant à leur mandat respectif. Il leur confère également une fonction de leadership dans la planification régionale et dans l'harmonisation de leurs programmes respectifs en vue de la mise en place d'une gamme continue d'activités et de services.

Le Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 (MSSS, 1998a) identifie les services offerts en toxicomanie par les organismes communautaires ou privés, comme faisant partie de la gamme d'activités et de services. Ils sont des partenaires importants à mettre à contribution dans le respect et le partenariat sur des bases de relations égalitaires.

La fonction des mandataires imputables d'une contribution, en termes d'activités et de services essentiels dans le réseau intégré, se formalisera à partir de deux mécanismes soit :

- L'imputabilité définie dans le cadre de la mission conférée par la loi constituante du réseau de la santé et des services sociaux à l'établissement ou l'organisme partenaire. Celui-ci demeure imputable des activités et des services prescrits par la loi et les règlements et ne peut délester en tout ou en partie l'imputabilité inhérente à sa mission.
- L'imputabilité convenue par un contrat de service LSSS, (art.108) identifiant spécifiquement les champs de responsabilités, les activités et les services devant être produits dans le cadre du réseau intégré. Les protocoles formels de collaboration, négociés dans le respect des parties sur des bases égalitaires incluant des mécanismes de solution des litiges et les résultats attendus et faisant l'objet de dépôt à la Régie régionale de la santé et des services sociaux, viendront définir l'imputabilité des différents partenaires institutionnels et communautaires du réseau intégré.

D'autre part, chacun des dispensateurs d'activités et de services s'entend sur les principes suivants et respectés dans le cadre de ses mandats respectifs :

- Être imputable de la dispensation des activités et services, des résultats et de la qualité des services découlant de son mandat.
- Offrir le bon service, à la bonne personne, à la suite de l'évaluation de son besoin.
- Ne pas laisser une personne entre deux chaises (gestionnaire du cas).
- S'assurer de la continuité de l'intervention (agent de liaison).
- Intervenir en tenant compte du niveau de priorité.
- Offrir des mesures alternatives dans l'attente des services.
- Être imputable d'assurer une liaison avec les ressources de réinsertion et de soutien.

Tableau III

Les mandataires et les partenaires principaux en fonction des niveaux d'intervention

Niveaux d'intervention	Mandataire	Principaux partenaires
Prévention de la toxicomanie	RRSSSM – DSP CLSC	Organismes communautaires sans hébergement Partenaires intersectoriels
Dépistage et référence	CLSC	Centres de réadaptation Centre hospitalier GMF
Intervention précoce Soutien social	CLSC	Centres de réadaptation
Évaluation et orientation	CLSC	Centres de réadaptation Organismes communautaires avec et sans hébergement Partenaires intersectoriels
Désintoxication	Le Virage* Pavillon Foster*	Centres hospitaliers Organismes communautaires avec hébergement
Réadaptation Traitement	Le Virage Pavillon Foster	Organismes communautaires avec hébergement Centres hospitaliers
Réinsertion sociale et intégration sociale	Le Virage Pavillon Foster	Organismes communautaires avec et sans hébergement Groupes d'entraide Partenaires intersectoriels

- Le Virage dessert la clientèle francophone et le Pavillon Foster, la clientèle anglophone

L'ACCÈS AU CONTINUUM

UNE VISION RENOUVELÉE

Parmi les objectifs poursuivis par le développement d'un réseau intégré en toxicomanie, l'accessibilité constitue une valeur recherchée pour le client. Un accès rapide et convivial qui n'a pas à décoder les dédales parfois sinueux d'un réseau pour obtenir des services, l'élimination du syndrome des *portes tournantes* multipliant les références et l'histoire récurrente de ses difficultés à raconter, constituent une valeur ajoutée pour le client. La réduction des dédoublements d'outils de cueillette de données et d'évaluation des besoins, à partir de grilles d'analyse différentes, devrait assouplir les difficultés de passage d'un type de service à un autre dans un continuum de services.

Ces orientations stratégiques, inhérentes au développement d'un réseau intégré en toxicomanie, commandent conséquemment une vision renouvelée des mécanismes d'accès, des processus cliniques rigoureux, des outils cliniques réduisant les dédoublements et une coordination de l'ensemble des acteurs du réseau garantissant une continuité et une cohérence de l'offre de service au profit du client.

Le Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 (MSSS, 1998a) préconise d'augmenter l'accessibilité aux services :

- En faisant mieux connaître les ressources disponibles.
- En assurant la réponse rapide aux personnes par la mise en place d'une structure de services permettant la prise en charge d'urgence et en rendant disponibles des mesures de transition en attente d'un service spécialisé.
- En accroissant l'accès en temps et en volume aux services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie. Cet accroissement implique une révision des façons de faire.

De plus, le Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 (MSSS, 1998a) propose la mise en place de mécanismes d'orientation pour assurer le suivi des personnes et la continuité de l'intervention.

L'orientation rapide et efficace de la personne implique que ces mécanismes fonctionnent avant même la prise en charge de cette personne. Ces mécanismes d'orientation s'appuient sur :

- L'utilisation d'outils standardisés d'évaluation;
- Un répertoire, mis à jour, des ressources du milieu précisant l'apport respectif de chacun dans l'organisation du réseau intégré;
- Des ententes ou des protocoles de complémentarité de services.

D'ABORD DES ENGAGEMENTS ENVERS LA CLIENTÈLE

L'ACCÈS À UN CONTINUUM DE SERVICES

En contrepoids au syndrome de la *porte tournante* et au magasinage du client pour trouver le bon service dont il a besoin, l'accès ne peut plus être conçu comme un accès à un établissement disposant de critères d'admission et d'exclusion permettant d'établir le profil recherché du client de ces services.

Un jeune, sa famille ou un adulte en Montérégie, qui ont besoin de services en toxicomanie, doivent pouvoir trouver une réponse adéquate, dans un délai raisonnable. L'ensemble des partenaires du réseau intégré s'engage donc conséquemment à formuler une offre d'activités et de service, quelle que soit la nature des besoins de la personne formulant une demande. Ils s'engagent de plus à lui identifier la porte d'entrée du réseau public, soit le lieu où elle formule sa demande. Enfin, en collaboration avec les services d'*InfoSanté CLSC* ou de *Drogue : Aide et Référence*, l'ensemble des partenaires s'engage à lui offrir une réponse accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

L'offre d'activités et de service adulte et jeunesse, décrite dans les chapitres précédents, constitue une garantie d'accès au réseau intégré.

DES PORTES D'ACCÈS CONNUES DES JEUNES ET DES ADULTES DE LA MONTÉRÉGIE

Identifier clairement à la population jeune et adulte de la Montérégie les portes d'accès au réseau de services en toxicomanie, quelle que soit la nature des besoins de services, constitue un engagement déterminant, permettant un accès facile, rapide et convivial. De plus, chacun des partenaires du réseau de services reconnaît l'engagement d'accompagner le client vers la bonne porte d'entrée du réseau de services, quelle que soit la nature des besoins formulés et ses critères d'accès.

Enfin, le réseau de CLSC se verra confier la mission de développer des stratégies de démarchage à travers sa programmation pour rejoindre les populations à risque en situation d'isolement social.

UN ACCÈS À PROXIMITÉ DE LEUR MILIEU DE VIE

Pour une région comme la Montérégie, assurer une accessibilité géographique le plus près possible du réseau naturel des jeunes et des adultes nécessitant des services et des activités en toxicomanie constitue un engagement déterminant.

LA BONNE PORTE, DU PREMIER COUP

La personne nécessitant les services du continuum d'activités et de services ne devrait pas avoir à répéter son histoire à chaque fois qu'elle formule une demande ni refaire la même évaluation avec des outils cliniques différents de l'une ou l'autre des étapes de son parcours.

À cet effet, l'évaluation impliquant l'identification des besoins du client ne devrait être effectuée qu'une seule fois et suivre conséquemment le client. L'intervenant référant le client devra conséquemment s'assurer de faire suivre l'information le concernant, et l'intervenant recevant le client formulera son offre de service à partir des informations déjà cumulées par l'intervenant précédent.

UN ACCÈS IMPLIQUANT LE CLIENT

L'implication de la personne dans le processus d'identification de ses besoins et de l'offre de service qui lui est formulée, s'avère être une condition essentielle à l'appariement d'un bon service au client. À cet effet, le client aura accès à l'information et il lui sera aisé de comprendre le service offert par son plan d'intervention, sa contribution attendue et celle des différents acteurs du réseau intégré. Il participera à la décision d'inscription ou d'admission à l'un ou l'autre service du réseau intégré en toxicomanie.

UN ACCÈS ÉQUITABLE ET UNIVERSEL

Quelles que soient la langue, la nationalité, la provenance du client, sa localisation géographique, celui-ci aura accès à un réseau d'activités et de services équitables au plan local, sous-régional et régional et hors territoire pour certains services. Les instruments du réseau en toxicomanie s'assureront de faire la liaison avec les différents acteurs qui ne font pas partie du réseau de la Montérégie pour assurer un accès au bon service.

Pour la clientèle présentant des troubles concomitants de toxicomanie, de santé mentale et de difficultés graves d'adaptation ou de justice, le réseau intégré en toxicomanie s'assurera, à travers ses mécanismes de coordination avec ses partenaires du réseau institutionnel et communautaire, de lui formuler une offre de service.

DES SERVICES DE QUALITÉ

Le réseau intégré en toxicomanie s'engage également, quel que soit le dispensateur de la prestation de service, à offrir des services de qualité. Cet engagement s'actualisera conséquemment par la mise en place de trois stratégies spécifiques :

- Une intervention qui s'inspirera des meilleures pratiques cliniques reconnues en matière de toxicomanie.
- Un souci continu de l'évaluation des résultats et de l'efficacité du traitement offert en collaboration avec le milieu de la recherche.
- La mise en place graduelle d'un processus d'évaluation de qualité et de certification pour les organismes communautaires.

PUIS, DES ENGAGEMENTS MUTUELS

POUR UN ACCÈS LOCAL AU CONTINUUM DE SERVICES

Le CLSC constitue la porte d'entrée privilégiée au réseau intégré en toxicomanie, tant pour la population anglophone que francophone. Le CLSC assurera conséquemment les fonctions d'accueil, d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement du client à travers le réseau des différents dispensateurs d'activités et de services. Il s'assurera également de la mise en œuvre, à l'intérieur de plans d'action locaux, des activités préventives.

Néanmoins, quel que soit le lieu où le client achemine sa demande de service, l'ensemble des acteurs s'engage à accompagner le client vers son CLSC par un mécanisme de référence à convenir dans le cadre d'une stratégie d'implantation.

Afin d'éviter au client un retour au point de départ, sans valeur ajoutée au service, les établissements de deuxième ligne, tels que les Centres jeunesse de la Montérégie qui assument déjà la clientèle jeunesse dans le cadre de la Loi de la protection de la jeunesse et de la loi concernant le système de justice pénale pour les adolescents (Loi C7), achemineront leur référence de clientèle directement aux services de réadaptation du Virage et du Pavillon Foster, après avoir procédé à l'évaluation des besoins à partir des outils cliniques adaptés. Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, (Pavillon Saint-Luc) s'adressera également directement aux services de réadaptation du Virage et du Pavillon Foster.

Enfin, dans le cadre de l'offre de service jeunesse, pour l'accès au service de traitement en internat dispensé hors territoire de la Montérégie, les Centres jeunesse de la Montérégie pour la clientèle en protection (LPJ) et des jeunes contrevenants sous la loi concernant le système de justice pénale pour les adolescents (Loi C7), et les CLSC pour la clientèle sous la Loi de la santé et des services sociaux (LSSSS), s'adresseront directement aux dispensateurs de service identifiés par contrat de service.

Pour ce qui a trait à l'offre de service adulte, les CLSC assumeront directement la liaison auprès des dispensateurs selon les mécanismes d'accès à convenir par ententes de services. Pour les demandes d'accès en provenance du milieu scolaire, il y aura lieu d'évaluer, avec les partenaires de l'éducation, la possibilité d'une référence directe aux programmes de traitement et, conséquemment, d'instrumenter les intervenants du réseau scolaire au processus d'évaluation retenu par le réseau intégré en toxicomanie.

POUR UN ACCÈS CONTINU : UN PROCESSUS CLINIQUE RIGOUREUX

Au-delà des critères d'admission et d'inscription des établissements et organismes du réseau intégré, l'engagement de continuité de services envers la clientèle commande de convenir d'un processus clinique rigoureux qui garantit un parcours de la clientèle harmonisé à travers les différents services et programmes du réseau intégré.

Le parcours clinique du client est constitué de différentes phases regroupant des activités cliniques dispensées par des professionnels du réseau intégré. Les activités cliniques de chacune des phases sont cumulatives et ne devraient pas être reprises par l'un ou l'autre des professionnels de la phase subséquente.

Le processus clinique convenu entre les acteurs du réseau en toxicomanie distingue quatre phases :

- L'accueil, le dépistage, l'évaluation, l'orientation, la référence.
- Les services de base.
- Les services spécialisés.
- La réinsertion sociale.

Nous décrirons subséquemment les différentes activités ainsi que les rôles et responsabilités des acteurs pour chacune des étapes du processus clinique.

DES OUTILS COMMUNS

Pour soutenir la cohérence et la continuité du processus clinique et réduire les dédoublements dans le processus d'évaluation des besoins du client à chacune des phases, les acteurs du réseau intégré ont convenu de l'utilisation d'outils cliniques communs, tant au niveau du dépistage, de l'évaluation que de l'élaboration du plan d'intervention (PI) et du plan de service individualisé (PSI).

L'utilisation pour l'ensemble des dispensateurs du continuum de ces outils communs permet à la fois le cumul d'une information standardisée à chacune des étapes du parcours du client, l'appariement en fonction du profil du client avec le bon programme du réseau intégré ainsi que l'élaboration des PI et des PSI.

Vous retrouverez, en annexe, une description des outils cliniques de dépistage et d'évaluation.

DES RÔLES ATTENDUS CLARIFIÉS DES ACTEURS EN TERMES D'ACCÈS

La coordination nécessaire pour garantir l'intégration des activités et des services, tout au long du parcours clientèle, repose sur une compréhension commune des rôles attendus de chacun des acteurs engageant la complémentarité du service au client.

Par rapport à la vision proposée de l'accès au continuum d'activités et de services :

> Les CLSC, comme établissements de première ligne, sont appelés à jouer un rôle déterminant comme porte d'entrée principale au réseau intégré pour la population de chacun de leur territoire.

Ils assument conséquemment, conformément à leur mission (LSSSS– article 80), les fonctions d'accueil, d'évaluation/orientation et de référence ainsi que les services de première ligne pour la clientèle en provenance de leur territoire. En vertu de LSSSS (article 108), les CLSC peuvent convenir d'ententes de services avec des organismes du milieu, sans toutefois délester les responsabilités inhérentes à leur mission.

La réinsertion des jeunes ayant bénéficié des services du réseau intégré en toxicomanie, sous le couvert de la LPJ et déjà pris en charge par les Centres jeunesse de la Montérégie (CJM), s'inscrira dans le cadre de l'entente CLSC – CJM en termes de responsabilités des activités de support et d'accompagnement pour leur réinsertion dans leur milieu.

- Les centres de réadaptation, conformément à leur mission d'établissement de deuxième ligne, intégreront dans les programmes la clientèle principalement sur référence des CLSC (LSSSS- articles 84-85).
- Les organismes communautaires inscrits au réseau intégré de toxicomanie participeront conformément à leur mission, à la mise en œuvre de l'un ou l'autre des différents programmes décrits à l'offre d'activités et de service adulte et jeunesse dans le cadre d'ententes de services (LSSSS - article 108).

DES DÉLAIS RÉDUITS

L'accessibilité à des activités de prévention ou à un service de réadaptation du réseau intégré peut être différée, compte tenu de la disponibilité des ressources à un moment donné. Il en résulte un délai d'attente durant lequel le client devra être supporté pour maintenir sa motivation au changement.

La disponibilité du client à s'impliquer dans l'un ou l'autre programme de continuum de services est un facteur déterminant au niveau de la problématique de la toxicomanie. La motivation de la clientèle doit être soutenue et supportée tout au long du processus d'attente. Il est primordial qu'à

la suite de la demande d'accès au continuum de services, la clientèle ne soit pas laissée à elle-même et sans réponse.

Conséquemment, dès que le client est référé à l'établissement de deuxième ligne, celui-ci devient imputable de la gestion de la liste d'attente et du délai d'accès à des services. Il devra conséquemment mettre en œuvre des activités de support et d'accompagnement, réduisant ainsi le délai tout en supportant et maintenant la motivation de la clientèle. Il devra de plus convenir avec ses partenaires des critères de priorisation de l'accès aux services spécialisés.

DES PARTENAIRES EXTERNES À SOLLICITER

Marie-Denyse Boivin (CPLT, 2002) a largement mis en relief l'importance du développement de l'autonomie socioprofessionnelle pour une réinsertion réussie. S'appuyant sur un bon nombre d'expériences européennes et sur certaines expériences prometteuses en matière d'efficacité de réinsertion sociale, le développement de l'employabilité est identifié comme un levier déterminant, tant pour la clientèle jeunesse qu'adulte.

À cet effet, les centres d'emploi locaux deviennent des partenaires privilégiés du processus de réinsertion sociale pour les adultes. Des mécanismes de liaison avec ces partenaires devront conséquemment être mis en œuvre.

Parallèlement, pour la clientèle jeunesse, la réintégration scolaire et professionnelle, essentielle au parcours du jeune, sollicitera la contribution des commissions scolaires et des carrefours jeunesse-emploi.

POUR LES BESOINS COMPLEXES

De plus en plus de jeunes et d'adultes présentent simultanément des besoins et des difficultés en toxicomanie, en santé mentale, en troubles de la conduite et sollicitent une réponse de plusieurs partenaires autres que celui du réseau intégré en toxicomanie.

Selon le Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, les personnes présentant des problèmes de santé mentale ont deux fois plus de risque d'avoir un trouble relié à l'alcool et quatre fois plus de risque d'abuser des autres drogues. Près de la moitié de la clientèle, en milieu psychiatrique, présenterait une toxicomanie. Toujours selon le (CPLT, 2002), trois principes généraux se dégagent en ce qui concerne le traitement :

- La supériorité d'une approche où les deux conditions (santé mentale et toxicomanie) sont traitées de façon simultanée et intégrée par rapport à une approche où elles sont traitées de façon séquentielle en parallèle.
- L'importance d'un dépistage précoce de l'usage de substances psycho-actives chez les patients psychiatriques.
- L'efficacité et l'efficience d'une intervention spécifique à cette clientèle à double diagnostic.

De plus, les recherches indiquent que le nombre de personnes itinérantes aurait tendance à s'accroître. On estime qu'environ deux tiers des personnes itinérantes ont connu, au cours de leur vie, des problèmes de surconsommation d'alcool et que 63 % ont consommé de la drogue au cours de la dernière année.

Enfin, toujours selon le CPLT, 2002, des études récentes sur les personnes ayant fait l'objet d'une condamnation indiquent que le quart des personnes interrogées ont avoué que la plupart de leurs crimes avait été commis sous l'effet de la drogue ou de l'alcool.

Ces clientèles ont beaucoup de difficulté à maintenir leur traitement. Différentes expériences positives dégagent des pistes d'amélioration des interventions :

- Une meilleure concertation entre les intervenants.
- Un service d'évaluation et de référence pour les intervenants pénaux.
- Des stratégies de formation et d'information pour les instances décisionnelles (juges, commissaires aux libérations conditionnelles).
- Des stratégies de réinsertion sociale développant l'employabilité.

Ces clientèles dites *de zones grises* regroupant des problématiques d'itinérance, de santé mentale, de déficience intellectuelle ou physique et des personnes sous une ordonnance d'un tribunal, commanderont du réseau intégré une coordination des services identifiant l'établissement responsable du client ainsi que les zones de collaboration obligatoires en matière d'accès et de traitement.

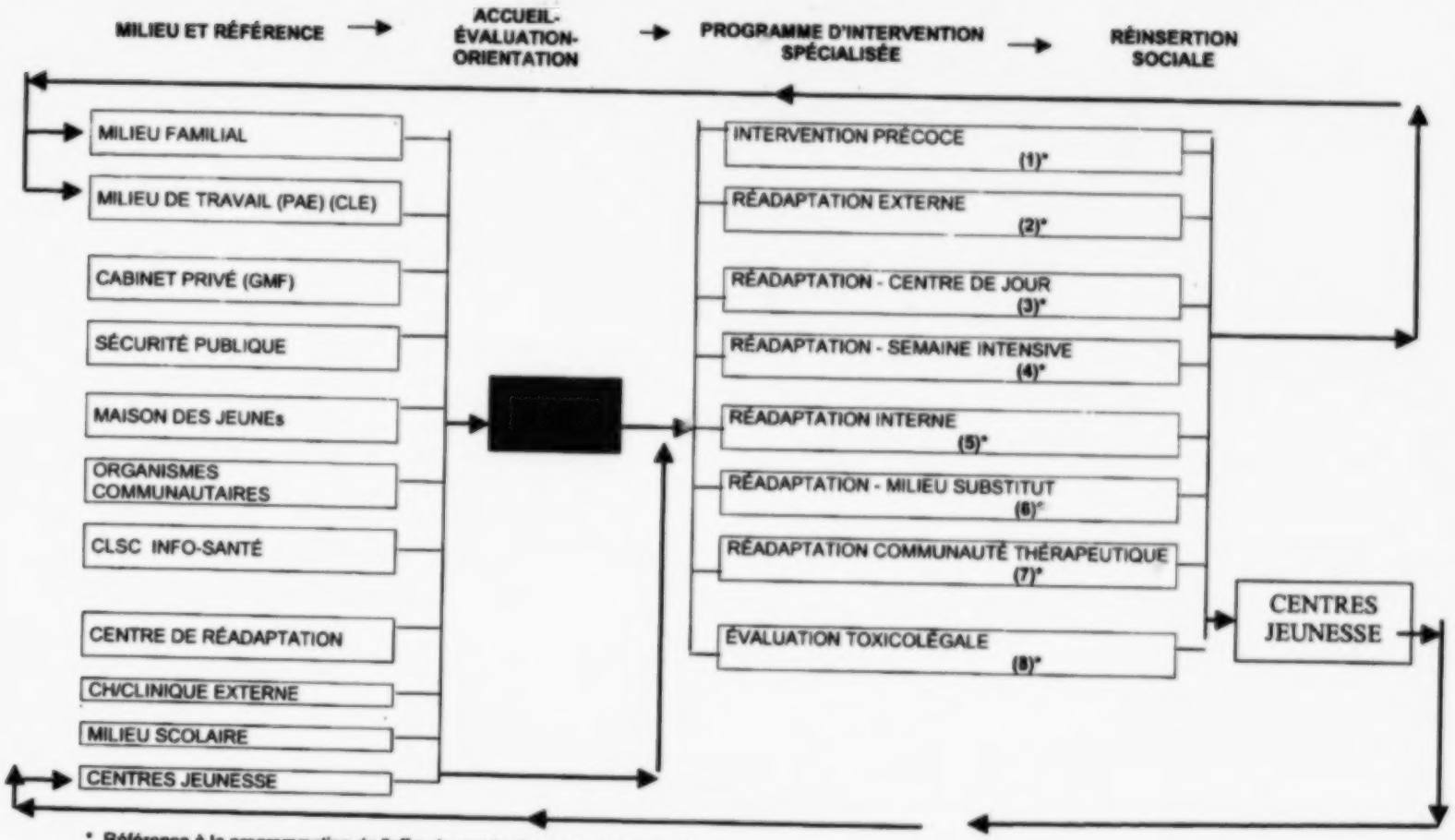
Les acteurs du réseau intégré conviennent qu'il ne peut y avoir de clients assis entre deux chaises et de leur obligation mutuelle de faire, conjointement avec leurs partenaires, une offre de service à ces clientèles. Conséquemment, les mécanismes d'accès au continuum de services devront prévoir une coordination permettant une identification commune des besoins complexes de ces clientèles et l'élaboration d'un PSI spécifiant la contribution attendue de chacun des partenaires.

Pour les clientèles en situation d'itinérance, des protocoles de collaboration devront avoir été convenus entre Le Virage et le Pavillon Foster, en identifiant les zones de responsabilités mutuelles.

Pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle, le CRDI Montérégie-Est et SRSOR assumeront la responsabilité de la clientèle, tout en convenant avec Le Virage et le Pavillon Foster d'un accès et d'un traitement en toxicomanie. La clientèle présentant une déficience physique demeure sous la responsabilité du Centre montérégien de réadaptation et conviendra avec Le Virage et le Pavillon Foster d'un protocole de collaboration pour l'accès et le traitement en toxicomanie, selon la vision renouvelée du réseau intégré en toxicomanie.

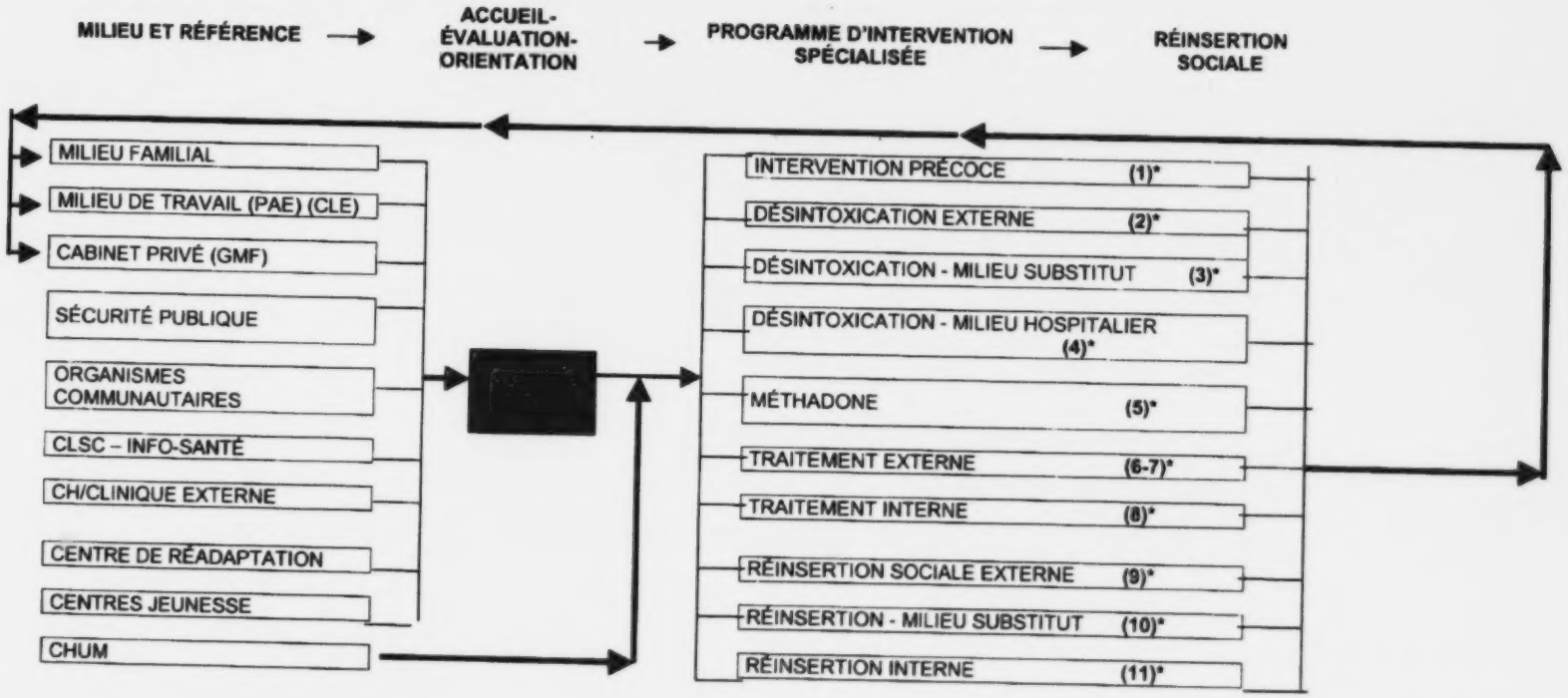
Enfin, la clientèle adulte, sous ordonnance d'un tribunal, qui n'est pas couverte par l'offre de service du réseau intégré, nécessitera une estimation en termes de volume et de besoins avec les Services correctionnels du Québec. Conséquemment, un protocole de collaboration sera convenu avec les établissements de détention pour les détenus ou avec un organisme communautaire.

Figure 4 - Pour un parcours clientèle jeunesse



* Référence à la programmation de l'offre de service jeunesse à l'annexe 3

Figure 5 - Pour un parcours clientèle adulte



* Voir référence à la programmation de l'offre de service à l'annexe 3

Tableau IV – Le processus clinique			
Phase	**Accueil – Évaluation Orientation - Référence et Intervention précoce**	**Réadaptation**	**Réinsertion sociale**
Services	Accueillir la demande de service Procéder à l'évaluation des besoins Impliquer le client et la famille dans le processus d'évaluation Identifier les éléments au plan d'intervention incluant la réinsertion Formuler l'offre de service et négocier le consentement Orienter vers le programme approprié Accompagner la référence Communiquer l'information au centre de réadaptation ou à l'organisme Intervenir précocement	Prioriser la demande d'accès Supporter et accompagner le délai Admettre ou inscrire le client aux services Procéder à l'intégration aux services Compléter l'information, s'il y a lieu Fixer l'objectif spécifique d'intervention, incluant la réinsertion Élaborer les stratégies d'intervention, incluant la réinsertion Formaliser le PI ou le PSI Convenir des collaborations nécessaires, s'il y a lieu (CH, CJ, OC, autres) Mettre en œuvre le PI ou le PSI Réviser le PI ou le PSI	Participer à l'élaboration de la réinsertion Identifier les activités de support et d'accompagnement Identifier le milieu de réinsertion Identifier le réseau de support Planifier la contribution spécifique des différents acteurs Convenir des ententes de collaboration avec les partenaires S'assurer du suivi de la réinsertion Réviser et adapter, s'il y a lieu Faire la liaison, s'il y a lieu, avec les intervenants de réadaptation
Outils cliniques	BatterieQuest Demande de préférence standardisée Protocole de référence	Plan d'intervention Plan de service individualisé	Plan d'intervention PSI incluant réinsertion
Responsabilité	CLSC	Centres de réadaptation (Foster- Virage) en collaboration avec les partenaires	CLSC en collaboration avec les partenaires du milieu Centres jeunesse pour jeunes en protection
Durée	0 à 10 jours à la suite de la demande	0 à 6 mois à la suite de l'admission / inscription	0 à 3mois concurremment au processus de réadaptation et/ou à la suite du départ du client

UNE COORDINATION PAR DES MÉCANISMES D'ACCÈS LOCAUX, SOUPLES ET EFFICACES

Les mécanismes d'accès devraient permettre une utilisation optimale des ressources, une diligence dans le traitement de la demande d'aide, un appariement facilitant la réponse aux besoins exprimés ainsi qu'une capacité de rendre accessibles les activités et les services à une plus grande quantité de personnes.

Les articles de la Loi sur la santé et les services sociaux sur l'organisation et l'administration des établissements concernant la coordination de l'accès aux activités et services, identifient les éléments suivants comme essentiels :

- La mise en commun des expertises.
- Un consensus sur la lecture des besoins du client, les décisions d'orientation et le choix des moyens.
- L'ébauche d'un plan d'intervention ou d'un plan de services individualisé.
- L'implication des clients dans le processus décisionnel les engageant.
- Une participation des différents dispensateurs qui peuvent engager leur établissement ou leur organisme dans la prestation des activités et services requis par le client.

LES FONCTIONS SPÉCIFIQUES DE L'ACCÈS

En corollaire aux orientations législatives prévues par la Loi sur la santé et les services sociaux, les mécanismes d'accès aux services par l'admission ou l'inscription assument trois fonctions spécifiques dans le réseau intégré en toxicomanie :

- Une identification des besoins du client par une évaluation rigoureuse s'appuyant sur des outils cliniques standardisés s'inspirant des meilleures pratiques en matière de toxicomanie. Le réseau intégré en toxicomanie a retenu, sur recommandation d'un comité scientifique, la technologie *BatterieQuest* afin de supporter le processus d'identification des besoins du client. Tout en s'inscrivant dans une approche biopsychosociale, cette technologie permet de dégager l'information nécessaire et suffisante du profil de la personne en distinguant les besoins, les attentes et les perceptions du client. Elle permet surtout, dans la perspective du processus clinique continu, d'identifier les éléments supportant l'élaboration du plan d'intervention en consolidant sa motivation d'amorcer un traitement.
- Un appariement entre les besoins identifiés et la réponse s'actualisant à travers les différents programmes de l'offre de service dispensés par les établissements de réadaptation agréés et organismes certifiés. Offrir le bon service, au bon client, nécessite une stratégie d'orientation, de jumelage entre l'évaluation des besoins et l'appariement avec le programme présentant un maximum d'efficacité, de pertinence et d'économie de coûts. Cette fonction commande le développement d'une expertise clinique du profil de clientèle et la connaissance de l'efficacité

des programmes d'intervention du réseau intégré, au-delà de la disponibilité des ressources. Supportée constamment par la recherche de critères cliniques spécifiques instrumentant la prise de décision sur la référence au bon programme, elle garantit la cohérence du processus clinique, l'adéquacité de la réponse aux besoins du client et l'efficacité du traitement et de la réadaptation. Cette fonction nécessitera le développement d'une compétence clinique au-delà de la simple référence de la part des acteurs de la porte d'entrée principale du réseau intégré en toxicomanie.

- Une garantie d'offre de service par un processus décisionnel d'admission ou d'inscription, au sens de la Loi sur la santé et les services sociaux, garantissant un engagement responsable d'un établissement ou d'un organisme à assurer une réponse de qualité aux besoins identifiés du client à travers le processus clinique d'évaluation et d'orientation. Cette fonction constitue le contrat de service entre le citoyen ou ses représentants et le dispensateur dûment mandaté à lui offrir le service. Le contrat de service constitue un engagement ferme entre un client qui demande un service et un prestataire du service qui s'engage à le fournir selon les conditions déterminées. Elle présuppose une négociation sur des bases égalitaires garantissant l'adéquacité entre les besoins exprimés par le client et la réponse fournie par le prestataire. Enfin, cette fonction implique qu'une fois le processus décisionnel de l'admission ou de l'inscription complété, l'établissement ou l'organisme devient responsable de son client, que le service soit accessible ou non, et ce, immédiatement. Celui-ci devra conséquemment gérer le délai entre la décision de l'admission ou de l'inscription et l'intégration effective dans l'un ou l'autre des programmes.

DES FONCTIONS ASSUMÉES PAR DES ACTEURS MANDATÉS

La mise en œuvre des fonctions spécifiques reliées à l'accès nécessite la désignation, par chacun des systèmes du réseau intégré en toxicomanie, de mandataires aptes à assumer les fonctions d'identification des besoins, d'appariement de la réponse au client et à engager leur établissement dans un contrat de service.

Les trois fonctions peuvent être regroupées dépendamment de l'organisation des établissements ou des organismes, en une seule personne qui assume l'évaluation, l'orientation, l'admission ou l'inscription. Elles peuvent également être scindées au profit du développement d'une expertise et d'une spécialisation en matière d'évaluation, d'appariement, d'admission ou d'inscription. Le critère de continuité, réduisant le morcellement des activités, demeure cependant essentiel à la fluidité du processus garanti au client.

Conséquemment, chacun des CLSC qui assume la fonction de porte d'entrée principale du réseau intégré devra mandater un intervenant responsable d'assumer les fonctions spécifiques reliées à l'accès aux services.

En corollaire, les établissements ou organismes communautaires dispensant des services de réadaptation de deuxième ligne devront également mandater un intervenant responsable pour participer au processus d'appariement et pour engager leurs établissements ou organismes dans un contrat de service avec le client.

UNE STRUCTURE SOUPLE : LE COMITÉ LOCAL D'ACCÈS

Pour les situations où l'identification des besoins, l'appariement et l'admission ou l'inscription s'avèrent relativement simples et fluides, la liaison entre le référent et le dispensateur du service peut se limiter à l'interaction entre les deux intervenants mandataires des acteurs en cause.

Pour les situations plus complexes, les intervenants mandatés pourront décider de s'adjoindre des collaborateurs pour garantir la rigueur des fonctions de l'accès; ils convoqueront conséquemment le comité local d'accès dont ils assumeront la responsabilité conformément aux fonctions spécifiques de l'accès et dont ils détermineront la composition en fonction des objectifs d'accessibilité. L'utilisation d'un comité local d'accès ne peut cependant réduire l'imputabilité des intervenants mandataires quant aux résultats visés par les fonctions spécifiques de l'accès et les orientations législatives des mécanismes d'accès.

Figure 6

Le cheminement de la demande d'accès des jeunes au réseau intégré

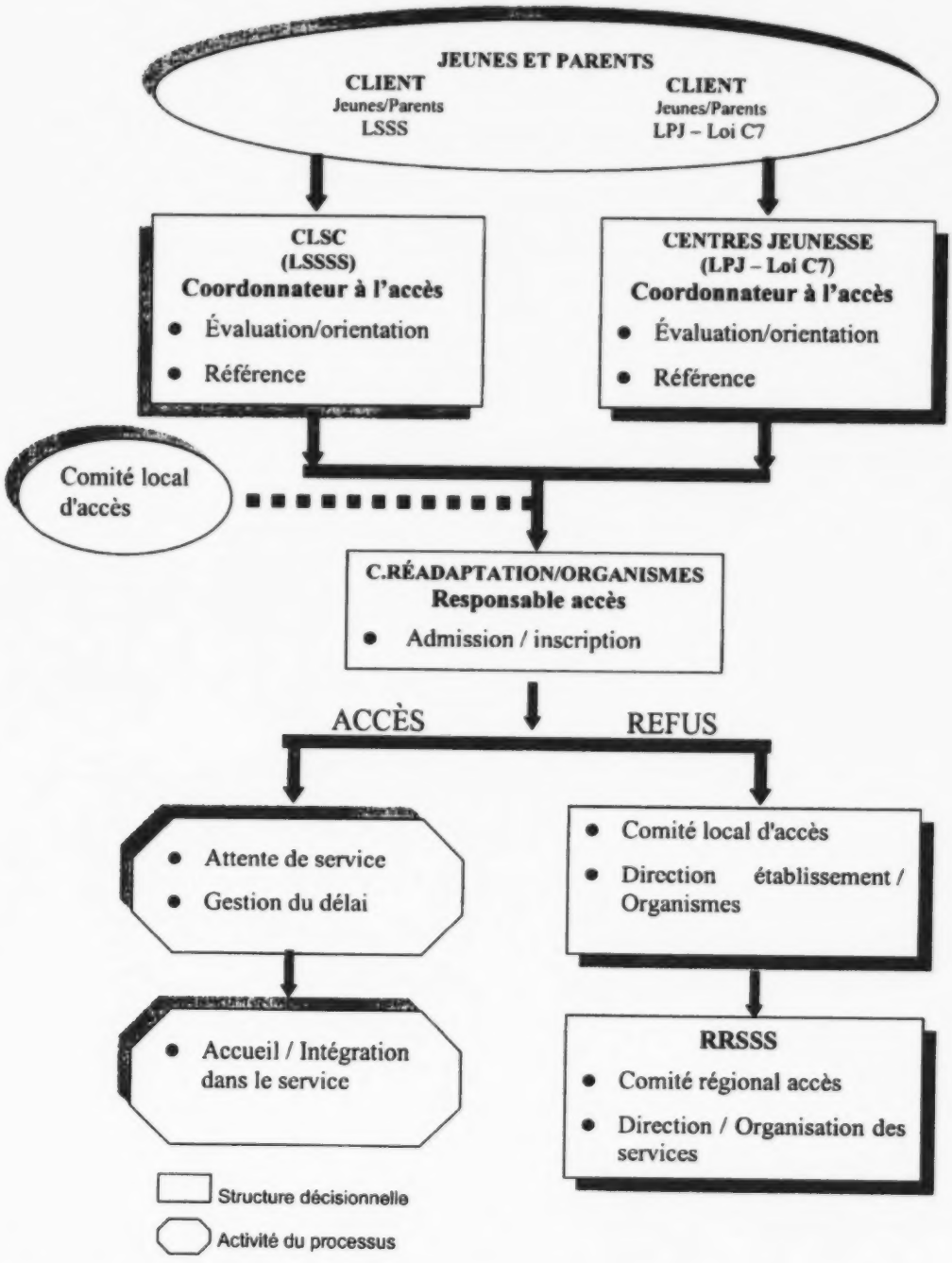
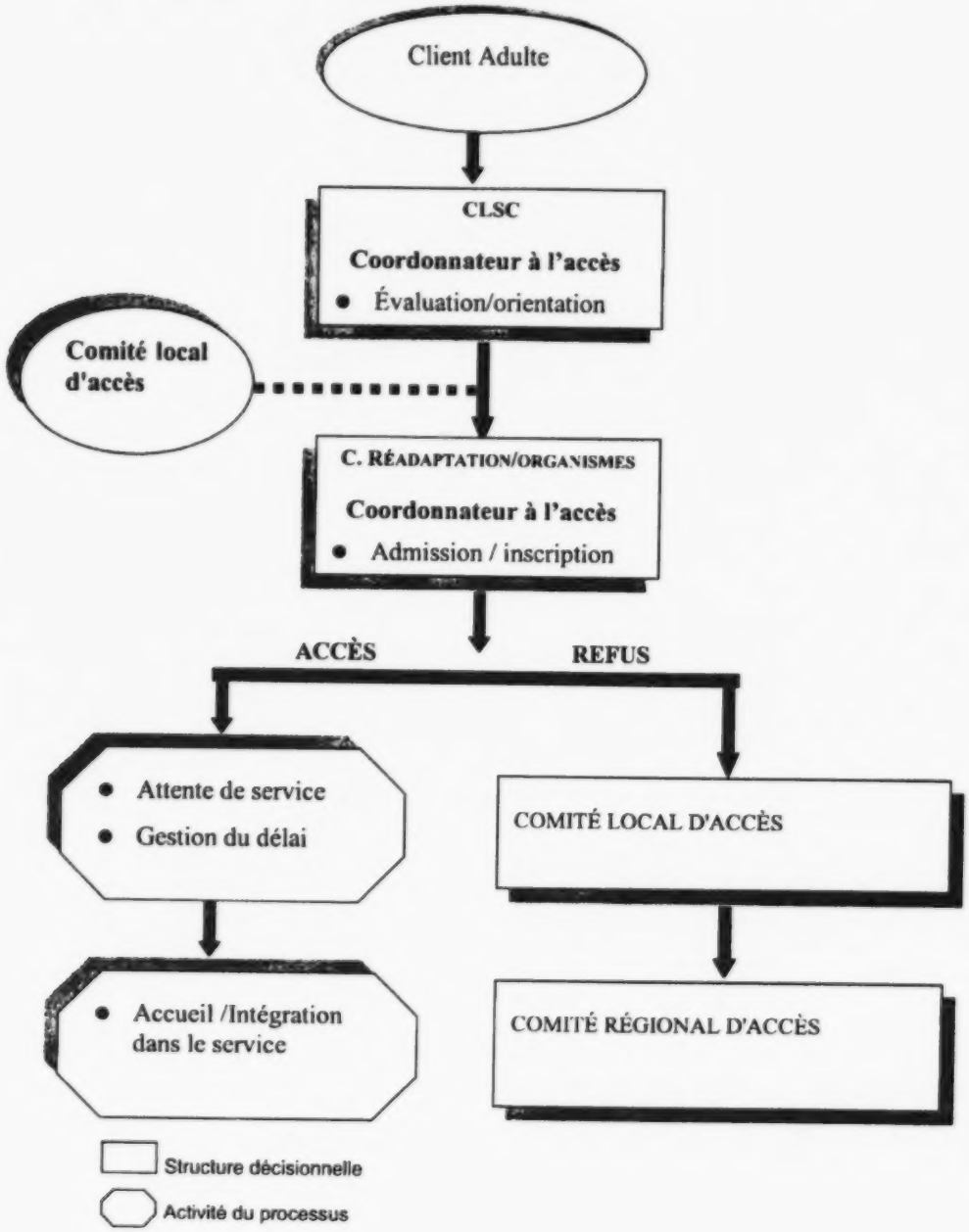


Figure 7

Le cheminement de la demande d'accès des adultes au réseau intégré



DES CRITÈRES D'ACCÈS INSTRUMENTANT LES INSTRUMENTS

La fonction d'appariement entre les besoins évalués du client et l'adéquacité de la réponse permettant d'offrir le bon service, au bon moment, à la bonne personne, nécessitera la formalisation de critères d'accès spécifiques de chacun des dispensateurs d'activités et de services.

Les intervenants, spécifiquement des CLSC, devront être instrumentés d'indicateurs précis leur permettant d'effectuer la bonne référence du premier coup à l'établissement ou organisme mandaté pour dispenser le service. Cette exigence nécessitera possiblement un ajustement des critères d'accès de certains dispensateurs pour convenir à l'ensemble de la population visée par le réseau intégré.

POUR UNE ACCESSIBILITÉ À TOUS

Les besoins des personnes sont parfois plus complexes que les services offerts par un réseau, même intégré. Malgré l'engagement des partenaires de s'assurer qu'il n'y a pas de client assis entre deux chaises, il arrive parfois que les mécanismes d'accès ne résultent pas en l'engagement d'une offre de service envers ce client aux besoins complexes. Le processus d'accès ayant ses propres limites, la coordination des différents acteurs ayant prévalu, nous nous retrouvons malheureusement avec un client qui ne peut être couvert par le réseau intégré en toxicomanie. La complexité des besoins présentés nécessite un arbitrage dégageant une solution créatrice qui n'appartient pas à la mission d'aucun des acteurs du système intégré. Malgré un volume réduit, ces situations dites *litigieuses*, confrontent les limites de chacun des établissements et organismes à s'engager. Un mécanisme de solution doit conséquemment intervenir lorsque les processus habituels ont été épuisés pour maintenir l'engagement du réseau intégré à faire une offre de service à la clientèle.

À la suite du cheminement de la demande d'accès et à l'utilisation du comité local d'accès, lorsque les acteurs n'ont pu déboucher sur la décision d'inscrire ou d'admettre un jeune ou un adulte dans un service du réseau intégré, une première instance de solution sera conséquemment tentée par le coordonnateur de l'accès auprès des directions d'établissements ou organismes impliquées dans le litige.

Advenant une incapacité de cette instance de respecter l'engagement de formuler une offre de service à ce client, la situation sera portée à l'attention de la Direction de la première ligne et de la réadaptation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Celle-ci verra à convoquer le Comité régional d'accès. Après avoir validé le processus d'identification des besoins du client et entendu les contraintes des établissements ou organismes, le Comité régional d'accès statuera sur l'accès au service et identifiera, pour le client, l'établissement ou l'organisme imputable de dispenser le service avec le support de l'un ou l'autre des partenaires. Sa décision s'inscrira dans la foulée des engagements du réseau intégré envers la clientèle, tel que nous l'explorerons plus en détail dans le prochain chapitre portant sur les mécanismes de coordination.

POUR COORDONNER LE TOUT AU PROFIT DU CLIENT : DES MÉCANISMES DE COORDINATION

L'intégration du réseau en toxicomanie en Montérégie prescrit donc la coordination interdépendante des trois systèmes identifiés : le système clientèle, le système de gestion et le système de financement. Cette coordination essentielle doit pouvoir s'appuyer sur des leviers, des mécanismes régulant les diverses activités à l'intérieur du réseau au profit de l'équilibre interne et des indicateurs de résultats de la performance. Le choix retenu par les gestionnaires - partenaires du réseau intégré a misé sur l'intégration des processus cliniques plus que sur une intervention créant ou fusionnant des structures existantes.

Nous identifierons, dans le présent chapitre, les différents mécanismes et leurs fonctions qui font l'objet d'un consensus des acteurs du réseau intégré en toxicomanie.

DES PROCESSUS HARMONISÉS SUR DIX-NEUF TERRITOIRES

En resserrant nos processus cliniques en service direct au client, tout en respectant l'autonomie décisionnelle des établissements et des organisations, il est possible de croire que les dédoublements relatifs à l'accès aux services soient réduits et que la réponse aux besoins du client soit encore plus efficace et de qualité, et ce, en misant sur la continuité et la complémentarité de l'intervention professionnelle des équipes cliniques.

Un parcours clientèle, supporté par un processus clinique rigoureux, identifiant les activités à produire et les rôles attendus des acteurs, constitue la clé de voûte de l'intégration des processus. Le territoire du CLSC constitue la porte d'entrée privilégiée de la personne aux prises avec des problèmes en toxicomanie. Le CLSC assumera la fonction d'accueil, d'évaluation et de référence dans les premiers contacts de la personne en besoin de service. De plus, le réseau des CLSC est maître d'œuvre des programmes d'intervention précoce.

Ce mandat nécessite différentes équipes des CLSC, une coordination interne entre les autres services, une coordination horizontale entre dix-neuf CLSC et les organismes du milieu de la région et une coordination verticale avec les établissements spécialisés de deuxième ligne.

Le parcours clientèle et le processus clinique adapté constituent le fil conducteur de la coordination des multiples acteurs. Quel que soit le territoire de la résidence de la personne, la même qualité de service lui est accessible et elle pourra sentir qu'elle est en contact avec des équipes coordonnées d'un réseau structuré qui se préoccupe de son bien-être.

DES RÉSEAUX INTERSECTORIELS QUI S'APPUIENT

La centration clientèle constitue un déterminant dans l'élaboration du projet collectif de réseau intégré en toxicomanie. Le jeune et sa famille, les adultes aux prises avec les besoins de d'activités et de services du réseau intégré en toxicomanie en constituent le client prioritaire.

D'autre part, d'autres réseaux intersectoriels, notamment : le réseau scolaire, de l'employabilité et de la justice, peuvent nécessiter l'expertise du réseau intégré en toxicomanie pour desservir adéquatement leur clientèle. Par exemple, le réseau scolaire, dans le cadre de l'élaboration de sa politique relative à la consommation de drogues au sein des écoles de la Commission scolaire, sollicitera l'expertise du réseau intégré en toxicomanie pour développer des stratégies préventives. Les entreprises souhaitant développer des stratégies de support à leurs employés aux prises avec des difficultés de toxicomanie, pourront référer au réseau intégré en toxicomanie. Les centres de détention pour adultes confrontés au phénomène de la consommation à l'intérieur de leurs murs souhaiteront inclurent des services du réseau intégré dans le cadre de leurs programmes de réinsertion sociale.

À ce titre, ces réseaux intersectoriels deviennent des clients du réseau intégré en toxicomanie ; ils sollicitent la contribution de l'expertise du réseau intégré en support à leur mission et à leur clientèle. Les mécanismes de coordination reliés à l'accès, aux outils d'évaluation, aux protocoles d'intervention, tels que décrits dans le réseau intégré en toxicomanie, ne peuvent s'appliquer pour ces clients organisationnels sollicitant notre contribution.

D'autre part, le réseau intégré en toxicomanie se reconnaît un engagement envers les demandes d'activités et de services qui lui sont adressées par des organisations intersectorielles. Elles véhiculent des besoins d'une clientèle nécessitant des activités et des services au travers de leur structure organisationnelle sollicitant l'expertise de l'un ou l'autre programme d'activités et de services. Dans cette perspective, le réseau intégré en toxicomanie s'inscrit, dans la limite de ses ressources, en support à ces demandes de ces clients organisationnels. Conséquemment, quelle que soit la porte d'entrée principale à partir de laquelle la demande sera formulée, le Comité régional de coordination verra à l'adresser aux partenaires du réseau intégré susceptibles d'y apporter une réponse satisfaisante dans l'expertise, la stratégie d'intervention, l'activité ou le service souhaité par l'organisation.

DES PERSONNES CLÉS

Aucun projet collectif, cadre de référence et aucun protocole d'entente n'ont pu réaliser leur atterrissage dans une offre de service directe au client, sans avoir été portés par des personnes clés : des intervenants crédibles, des gestionnaires des différentes organisations qui, par leurs engagements et leurs compétences, ont animé, supporté et encadré le processus de rapprochement des différents acteurs pour mettre en œuvre la vision en action au profit d'un service coordonné au client.

Nous identifions quatre acteurs clés dont les mandats sont garants de la coordination, tant organisationnelle que clinique. Il s'agit de fonction, non pas nécessairement de poste ou de titre d'emploi, nécessaire à l'opérationalisation du réseau intégré.

LE CHARGÉ DE PROJET

« L'obligation que se donnent les établissements et les organismes de travailler ensemble suppose l'établissement de relations interpersonnelles entre les gestionnaires de ces organisations, de relations interprofessionnelles entre les intervenants, de relations inter-

organisationnelles entre les dirigeants et de relations intersectorielles avec des partenaires provenant de d'autres milieux ». (Larivière, 2000).

La coordination des différents processus, tant clinique qu'organisationnelle, est complexe, compte tenu des différents acteurs et objets de collaboration en cause. Il ne suffit pas de convenir d'une vision collective pour que les différentes actions des acteurs en assurent l'atterrissage dans une offre de service intégrée. La pensée magique n'est pas garante du résultat souhaité. Notre réseau regorge d'initiatives prometteuses pour lesquelles, après avoir convenu d'une conception commune, nous avons oublié de mettre en place les ressources nécessaires pour supporter leur implantation sur le terrain.

Les quelques résultats fragmentaires, mais toutefois probants en matière de réseau intégré, nous enseignent que le développement de partenariat interne et externe commande du temps et de l'énergie dont les intervenants et les gestionnaires ne disposent pas actuellement. De plus, le retour sur l'investissement n'est pas immédiat. Les expériences reliées aux personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) des sous-régions de Châteauguay, de Richelieu-Yamaska et de la Mauricie et l'expérience de la mise en œuvre du protocole de collaboration CLSC-Centres jeunesse, nous enjoignent de conclure à la nécessité de supporter, animer, stimuler et encadrer les différents processus de rapprochement des intervenants et des gestionnaires sur le terrain.

Il en résulte conséquemment la nécessité de confier ce mandat a un chargé de projet qui, sous la responsabilité du Comité régional de coordination et d'implantation, s'assurera de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel, du plan de communication et du processus d'évaluation, conformément aux objectifs visés par la vision collective convenue.

En référence à la stratégie d'implantation du chapitre subséquent, ce chargé de projet sera appelé à jouer un rôle d'agent de changement majeur, tant dans la promotion du réseau intégré qu'à travers le plan de communication, sa mise en œuvre à travers la planification opérationnelle, les outils de monitoring et le processus d'évaluation d'implantation et d'impact. Le chargé de projet assure le support et l'encadrement des processus de rapprochement des différents acteurs internes et externes du réseau, tant au niveau de la coordination organisationnelle que clinique.

La première année d'implantation du réseau intégré, compte tenu du volume d'activités de planification, de coordination et de conception d'instrumentation à effectuer, nécessite un poste à temps complet. Subséquemment, pour les années budgétaires 2004 et suivantes, un investissement d'un demi-poste devrait permettre de supporter les processus d'implantation.

L'AGENT DE LIAISON

L'agent de liaison est désigné dans chacune des ressources du réseau intégré et s'assure de l'interface entre les différents dispensateurs de services du réseau. Il s'assure également de la coordination organisationnelle entre la fonction attendue de son organisation au sein du réseau et les partenaires impliqués.

Il est responsable, au sein de son propre environnement interne, de la liaison auprès des autres secteurs d'activités, tels que la coordination interne, par exemple, entre les services d'accueil psychosociaux et la fonction orientation. Il fait de plus la promotion favorisant l'appropriation de la vision du réseau intégré au sein de son organisation. Il est l'interlocuteur privilégié des partenaires qui auront besoin de repérage pour entrer en contact avec les différents intervenants de son organisation qui collaborent au réseau intégré en toxicomanie. L'agent de liaison intervient dans le processus de résolution des problèmes rencontrés, tant à l'interne qu'à l'externe, par la coordination des différentes activités inhérentes au développement de l'intégration des services. Enfin, il participe à la formalisation et est imputable de la mise en œuvre des différents protocoles de collaboration entre son organisation et ses partenaires.

LE COORDONNATEUR DE L'ACCÈS

Le coordonnateur de l'accès dans chacun des établissements et des organismes du réseau intégré en toxicomanie est mandaté pour engager son organisation dans la prise en charge de la réponse adéquate aux besoins du client. Il assume les fonctions spécifiques décrites précédemment relativement à l'accès, soit la rigueur du processus d'identification des besoins du client à partir des outils communs identifiés, l'appariement avec le bon programme de la gamme d'activités et de services offerts par le réseau intégré et enfin, l'admission ou l'inscription garantissant la prise en charge effective du client par le réseau intégré. Il reçoit les demandes de référence et est décideur en matière d'accès au bon service, au bon moment, au sein de son organisation. Le coordonnateur de l'accès s'assure de faire connaître les critères d'accès au bon programme, la gestion de la liste d'attente et la priorisation de l'accès en fonction des besoins du client. De plus, il préside et anime le Comité local d'accès, lorsque convoqué, et s'assure de la participation du client au processus décisionnel l'impliquant. Il constitue la porte d'entrée principale désignée dans chacune des organisations réduisant ainsi le magasinage par le client, lui assurant de frapper à la bonne porte, du premier coup, et lui garantissant une référence immédiate au bon dispensateur de service.

LE GESTIONNAIRE DE CAS

Le gestionnaire de cas est imputable de la coordination des différentes activités du processus clinique entourant la prise en charge du client qui présente des besoins complexes, dans une perspective de cohérence et de continuité. Il est porteur du processus clinique convenu et décrit précédemment dans le cadre du chapitre sur l'accès au continuum de services. Cette clientèle nécessite la contribution de plusieurs dispensateurs de services. Le gestionnaire de cas garantit la cohérence dans ses différentes phases du traitement, dans l'intégration des différentes activités

cliniques de l'accueil-orientation, à travers l'intervention spécialisée jusqu'à la réinsertion sociale ainsi que dans l'utilisation des différents outils cliniques identifiés.

Le gestionnaire de cas est porteur, avec le client, du plan de services individualisé et le coordonne lorsque plusieurs professionnels ou intervenants collaborent à la prestation de services. Il est porteur des besoins du client, le représente, défend ses intérêts et ceux de sa famille et le supporte tout au long de son cheminement. Il convoque et anime les différents comités cliniques coordonnant les activités professionnelles des différents intervenants en fonction de l'adaptation des services selon l'évolution de la situation du client. Le gestionnaire de cas décide également de la fin de la prise en charge du client par le réseau intégré en toxicomanie.

DES STRUCTURES DE COORDINATION

Les acteurs significatifs, porteurs du réseau intégré, doivent se donner des moyens pour coordonner leur interdépendance sur les différents objets de collaboration. Ils doivent de plus agir à différents niveaux pour assurer l'harmonisation et l'équilibre des différents systèmes agissant au sein du réseau intégré. À cet effet, des mécanismes de régulation de l'information et des multiples actions doivent s'activer à travers différentes structures de consultation et de décision pour garantir la cohérence essentielle à l'intégration des services. Le système clientèle, le système de gestion et le système de financement nécessitent une coordination supportant l'atterrissage de la vision du réseau intégré à travers une multitude d'activités et une pratique professionnelle harmonisée.

À cet effet, le réseau intégré en toxicomanie propose différentes structures de coordination agissant tant sur le système clientèle, sur sa gestion que sur son financement.

UN COMITÉ RÉGIONAL DE COORDINATION

Le Comité régional de coordination est composé d'acteurs stratégiques, capables d'engager leurs établissements ou leurs organismes dans la contribution au réseau intégré en toxicomanie, sous la responsabilité de la Régie régionale. Il est le porteur de la vision du projet collectif, de ses engagements envers le client et les partenaires, du système de valeurs convenues et de la cohérence entre la vision et les différentes actions supportant son atterrissage dans le service direct au client. Il en fait la promotion suscitant l'adhésion des différents participants. Il en gère la mise en œuvre en coordonnant l'interdépendance des différents systèmes clientèle, de gestion et de financement, dans une planification opérationnelle structurée, identifiée au chapitre sur la stratégie d'implantation. Le Comité régional de coordination en assure le suivi à travers un processus d'évaluation de son implantation et de son impact auprès de la clientèle. Il est garant de la pertinence de l'offre de service à la population du territoire dans la limite de ses ressources. Enfin, il est imputable des résultats selon les différents indicateurs qu'il s'est donnés. Se réunissant de façon statutaire et périodique, les membres désignés pour ce comité stratégique se donneront un calendrier de travail et un plan d'action permettant de gérer les différentes stratégies d'implantation du réseau intégré.

De façon harmonieuse, il travaille par voie de consensus et peut s'adjoindre différents comités opérationnels ou d'experts lui permettant de réaliser son mandat. Il se dotera, de plus, d'un plan de promotion et de communication permettant d'informer la population du territoire de la Montérégie sur l'accessibilité à l'offre de service du réseau intégré.

Plus spécifiquement, le comité régional est le lieu d'intégration entre les différentes stratégies de prévention et de réadaptation décrites dans l'offre d'activités et de service du réseau intégré en toxicomanie. Il agit comme mécanisme de consultation auprès de la Régie régionale quant aux allocations de ressources. Il supporte le développement de protocole de collaboration entre les différents partenaires du réseau. Enfin, dans le respect de l'autonomie décisionnelle des établissements et des organismes communautaires, il agit comme médiateur dans la résolution des différentes situations litigieuses auxquelles le réseau de service pourrait se voir confronter.

COMITÉ LOCAL D'ACCÈS

Situé sur chacun des territoires de CLSC, le Comité local d'accès constitue un mécanisme important de coordination des services en raison des fonctions spécifiques qui lui ont été confiées précédemment. En effet, tout en conservant sa souplesse et son efficacité dans une prise de décision sans délai, il est le lieu d'intégration d'une lecture commune des besoins du client dans le cadre du processus d'identification des besoins adaptés. Il est en appui au coordonnateur à l'accès dans les situations nécessitant l'expertise de plusieurs intervenants pour identifier les besoins du client. Distinguer entre les attentes et les perceptions du client de la réponse souhaitée pour dégager les besoins à convenir et pour ajuster une réponse adaptée, nécessite des acteurs une collaboration efficace, les dégageant de la seule offre de service dont ils disposent. Subséquemment, réaliser l'appariement entre les besoins identifiés et l'adaptation de l'offre de service, commande également une coordination s'appuyant sur une connaissance commune des profils de clientèle et de l'expertise des milieux de dispensation des services.

Enfin, le Comité local d'accès assume également la fonction de jeter les bases du plan d'intervention qui sera repris par l'intervenant. L'interface entre celui qui prend la décision de l'accès au service et celui qui dispense le service, nécessite une connaissance mutuelle, un respect et une réciprocité éliminant la prescription ou la commande acheminée au dispensateur réel du service au client. Le Comité local d'accès devient ainsi un mécanisme de coordination du service direct au client.

À cet effet, les coordonnateurs à l'accès auront tout avantage à se doter d'un lieu et d'un temps, à quelques reprises dans l'année, pour harmoniser leurs pratiques, valider l'utilisation de l'outil commun d'évaluation et dégager des profils de clientèle. Cet exercice devrait permettre de mieux s'apparier, de s'entendre sur des critères d'appariement au bon service, d'identifier les besoins de clientèle non couverts par l'offre de service et en faire les recommandations au Comité régional d'accès.

Enfin, le réseau intégré a tout avantage à se doter d'un système d'information clientèle lui permettant d'identifier, au fur et à mesure de son utilisation, le profil de sa clientèle, la coordination des mouvements de population et, conséquemment, l'ajustement de la pertinence de son offre de service à la population.

COMITÉ RÉGIONAL D'ACCÈS

Nous avons identifié précédemment des clientèles présentant des problèmes concomitants de toxicomanie et de santé mentale, d'itinérance ou faisant l'objet d'une mesure légale d'un tribunal qui sont susceptibles de se retrouver entre deux chaises, compte tenu de l'offre de service actuelle. Notre engagement, en terme d'accessibilité pour ces besoins complexes, nous oblige à considérer ces besoins réels de la population en Montérégie.

Les comités d'accès locaux pourraient fort bien se retrouver devant la responsabilité de devoir offrir des services à ces clientèles. Dès lors, il arrive fréquemment que les besoins de services identifiés ne s'inscrivent sous la responsabilité d'aucun des dispensateurs du réseau intégré, et ce, malgré les efforts d'adaptation de chacun.
Les comités locaux d'accès ne peuvent seuls assumer l'arbitrage de ces situations litigieuses. Ils nécessitent d'être supportés par un processus de solution du problème qui excède leur capacité de décider de l'inscription ou de l'admission, dans l'un ou l'autre programme du réseau intégré.

En soutien aux comités locaux d'accès, le processus de cheminement d'une demande de service prévoit, lorsqu'une demande accuse un refus et ne peut être inscrite sous la responsabilité de l'un ou l'autre dispensateur de service, un mécanisme de solution et d'arbitrage des litiges garantissant une prise en charge des besoins du client.

Sous la responsabilité de la Régie régionale, le Comité régional d'accès a le mandat de trouver une solution à ces problématiques auprès de ces clientèles. Il est composé des représentants du Comité local d'accès de première instance et de représentants dûment mandatés par les établissements ou organismes impliqués, et de tout autre partenaire susceptible d'apporter une contribution à la solution de la problématique. Il a également le mandat de statuer sur l'imputabilité de l'un ou l'autre des partenaires du réseau intégré en toxicomanie et sur les éléments du plan de services individualisé, garantissant la prise en charge des besoins complexes identifiés. Sa décision est sans appel et engage conséquemment le ou les dispensateurs de services identifiés à offrir le service adapté à la personne, et ce, dans un délai raisonnable.

COMITÉ CLINIQUE RÉGIONAL

L'accès au réseau de services ayant été garanti par les deux mécanismes de coordination identifiés précédemment et le traitement incluant la réinsertion sociale commanderont des lieux d'intégration des différentes stratégies d'intervention s'inspirant des meilleures pratiques cliniques en matière de toxicomanie. La coordination du traitement et de la réinsertion sociale par les différents professionnels pour s'assurer la mise en œuvre du plan d'intervention ou du plan de services individualisé, dans le cas de plus d'un dispensateur de service, commande une mise en commun des équipes de professionnels au dossier quant à la détermination des objectifs à

poursuivre avec le client, aux stratégies à mettre en œuvre, à l'évolution de la situation et à la planification de la réinsertion sociale pour garantir l'efficacité de l'intervention.

Le Comité clinique réunit les différents professionnels contribuant à la mise en œuvre et à l'évaluation de la pertinence, de la continuité et de l'efficacité du plan d'intervention ou du plan de services individualisé adopté et partagé avec le client. Selon les délais fixés au plan d'intervention ou au plan de services individualisé, il a pour fonction de suivre l'évolution du client, mettre à jour les différentes informations pertinentes, réviser, s'il y a lieu, les stratégies d'intervention et coordonner l'apport des différents professionnels sollicités au traitement et à la réinsertion réussie du client. Ce Comité clinique, constitué d'équipes de professionnels variables et possiblement intersectoriels, coordonne les différentes activités cliniques garantissant la cohérence du processus clinique adopté par le réseau intégré.

DES OUTILS COMMUNS

Afin de pallier aux dédoublements des activités et accroître la continuité des multiples intervenants collaborant aux différentes phases du parcours clientèle à travers le réseau, le développement d'un langage commun à travers l'utilisation d'outils communs constitue un mécanisme de coordination prometteur quant à l'intégration des services et l'harmonisation des pratiques professionnelles. Les porteurs de la vision du réseau intégré ont choisi de se doter d'outils communs au niveau des entrées dans le réseau et tout au long du cheminement du client à travers son parcours.

Tout en développant un langage commun autour du même client, l'utilisation d'une instrumentation clinique favorise le rapprochement des intervenants et surtout permet d'inscrire l'intervention en continuité de l'intervenant l'ayant précédé. Le dossier du client cumulant les informations, celui-ci n'est plus le seul porteur de la continuité et n'a pas à reprendre son histoire à chaque étape du processus clinique. L'intervention s'inscrit dans la suite de l'évaluation précédente, évite de reprendre la cueillette des informations et en facilite la compréhension par l'intervenant qui assume la prise en charge.

DES OUTILS D'ÉVALUATION COMMUNS

D'aucuns conviendront que le processus d'évaluation du client constitue une phase déterminante de l'intervention. Tout en accueillant le client et en créant une première relation de confiance, il permet à travers une entrevue motivationnelle, l'identification des besoins par une lecture dégageant les attentes, les besoins et les perceptions énoncés par le client. Il jette les bases de l'élaboration d'un plan d'intervention ou d'un plan de services individualisé qui permettent un appariement avec une réponse adaptée de l'un ou l'autre programme du réseau intégré en toxicomanie.

Actuellement, le processus d'évaluation est souvent repris de façon récurrente à chaque fois qu'un client rencontre un nouvel intervenant. Chacun utilisant sa grille d'analyse de cueillette d'informations en fonction de son autonomie professionnelle, de son approche d'intervention ou de son expertise. Le client doit conséquemment reprendre son histoire et refaire inlassablement

l'exercice avant d'avoir accès à une réponse adaptée aux besoins exprimés. Les pratiques professionnelles, en matière d'évaluation, ne sont pas harmonisées et coordonnées.

Le processus d'évaluation-orientation est assumé par les intervenants du CLSC en première ligne et nécessite d'être coordonné pour garantir une liaison fluide tout au long du processus d'intervention clinique.

L'utilisation d'une boîte à outils standard, harmonisant les pratiques professionnelles et permettant une lecture commune des besoins du client, vient soutenir l'intégration de l'intervention, tout en réduisant les dédoublements pour le client. Un comité d'experts, après avoir fait la revue de la littérature, fait l'inventaire des outils cliniques s'inspirant des meilleures pratiques cliniques en matière d'évaluation en toxicomanie et retient les outils correspondant aux attentes de la vision du réseau intégré.

Facile d'accès, permettant un cumul d'informations graduées en fonction des différentes sphères de vie du client et d'apprentissage convivial, le *BatterieQuest* a été retenu et a fait l'objet d'une expérimentation par le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas. Cette boîte à outils de dépistage et d'évaluation sera appuyée par une entrevue motivationnelle afin de créer, d'entrée de jeu, un lien thérapeutique.

Cette nouvelle façon de faire sera renforcée par des sessions de formation auprès des acteurs du réseau intégré, constituera un mécanisme de coordination réduisant les dédoublements des activités de cueillette d'information et harmonisera les pratiques, tout en développant une lecture commune de la situation du client.

LE PLAN D'INTERVENTION ET LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

La Loi sur la santé et les services sociaux prescrit que tout client du réseau de la santé et des services sociaux a droit à un plan d'intervention ou à un plan de services individualisé, lorsqu'il y a plus d'un dispensateur de services. Le plan doit pouvoir décrire le service rendu, les objectifs visés et les stratégies d'intervention, la durée du service ainsi que la contribution des différents intervenants.

Au-delà des prescriptions réglementaires, le plan de services individualisé constitue un puissant mécanisme de coordination, garantissant la continuité de l'intervention des différents intervenants et l'intégration des services souhaités. Il nécessite d'avoir convenu d'un processus clinique utilisant des outils communs et de mécanismes garantissant, par le gestionnaire de cas, une coordination structurée des différents intervenants. À cet effet, la Régie régionale a formulé et adopté un cadre de référence PSI Jeunesse (RRSSSM, 2001) qui vient soutenir l'atterrissage des objectifs reconnus de ce puissant outil clinique de coordination et d'intégration des services au client. Conséquemment, le réseau intégré en toxicomanie adhère à ce cadre de référence comme outil d'intégration des services, l'inscrit comme un levier essentiel des gestionnaires de cas et s'approprie son implantation à travers l'ensemble du réseau intégré en toxicomanie.

PROTOCOLE DE RÉFÉRENCE STANDARDISÉ

Le client, tout au long de l'évolution de la situation, cheminera à travers différentes étapes et, possiblement, différents dispensateurs de services du réseau intégré. De l'accueil jusqu'à sa réinsertion sociale, il réalisera différentes transitions exigeant des liaisons personnalisées. Le rôle du gestionnaire de cas sera de s'assurer de ces transitions harmonieuses.

Une standardisation des références aux établissements et organismes de deuxième ligne du réseau intégré ainsi qu'un protocole de référence identifiant les activités à produire avec le client, permettrait une intégration plus rapide et plus harmonieuse.

À cet effet, il convient de se doter d'un mode de référence standardisé à travers l'ensemble des dix-neuf territoires de CLSC et auprès des Centres jeunesse, tant pour l'accès aux établissements et organismes de deuxième ligne que pour la référence aux services de traitement offerts hors territoire de la Montérégie. Nous nous doterons ainsi d'une information uniforme nécessaire à l'inscription ou l'admission en réadaptation.

DES PROTOCOLES D'ENTENTE FORMALISÉS

Engagés dans un projet collectif, les partenaires du réseau intégré développent une complémentarité réciproque et un soutien mutuel dans la dispensation des activités et des services au client commun dont ils se sont rendus imputables. Ces relations de collaboration reposent d'abord sur les attitudes des personnes engagées dans ce projet collectif. Au fur et à mesure du développement d'une connaissance mutuelle, des liens de confiance cimenteront la coordination des différentes activités convenues et nécessaires pour le maintien de l'interdépendance et de l'équilibre du réseau.

D'autre part, la mobilité des différents intervenants constatée au cours des dernières années, fragilise le maintien et le développement des relations de coopération des systèmes de l'ensemble du réseau. Nous conviendrons facilement que, tout en s'appuyant sur les relations de confiance développées entre les différents intervenants, l'équilibre interne du réseau ne peut reposer que sur la tête d'acteurs souvent mobiles d'un système.

Au-delà des personnes, la complémentarité doit s'appuyer sur un engagement formel des différentes organisations pour garantir sa pérennité et sa permanence. La coopération, entre les partenaires internes du réseau et les partenaires externes, doit être formalisée dans des protocoles d'entente engageant les établissements et les organismes pour assurer une coordination des différentes activités essentielles au maintien et au développement du réseau intégré, quelle que soit l'implication déterminante des personnes. Ces protocoles d'entente viennent formaliser les différents processus de rapprochement et de collaboration des acteurs. Convenus dans le cadre de négociations sur des bases égalitaires, ces protocoles déterminent les différents objets de collaboration, précisent les rôles et responsabilités des parties, fixent les zones de collaboration obligatoires et d'imputabilité, tout en y indiquant les mécanismes de solutions des zones grises. Ces protocoles sont formalisés et diffusés à l'intérieur de chacune des organisations et peuvent instrumenter les différents intervenants, souvent changeants.

Au niveau de l'environnement interne du réseau intégré en toxicomanie, des protocoles de collaboration devront être convenus entre les CLSC référents, les établissements et organismes dispensant les services de deuxième ligne. Les Centres jeunesse devront convenir, pour la clientèle jeunesse, de protocoles de collaboration avec Le Virage, le Pavillon Foster et le dispensateur identifié du traitement interne hors région. Les centres de réadaptation Virage et Foster devront convenir également avec les organismes communautaires des activités relatives à l'accès et au traitement en réadaptation dans le cadre de leur mission respective, conformément à la Loi sur la santé et les services sociaux.

Enfin, les activités inhérentes à la réinsertion sociale devront être clarifiées et convenues entre l'établissement imputable de les produire et les organismes du milieu d'appartenance du client.

Au niveau de l'environnement externe du réseau intégré en toxicomanie, des protocoles de collaboration devront également être formalisés avec le milieu hospitalier pour les activités d'accès et de traitement en désintoxication. La clientèle identifiée de zone grise, regroupant des problématiques de toxicomanie, de santé mentale, d'itinérance, de déficience intellectuelle et sous la juridiction d'un tribunal, devra également faire l'objet d'un protocole de collaboration garantissant l'accès et le traitement dans le cadre d'une intervention en réseau.

Ces différents protocoles de complémentarité assureront l'arrimage entre les différentes interfaces du réseau intégré en coordonnant les activités, clarifiant les champs de responsabilités et garantissant l'équilibre interne, au-delà de la mobilité des personnes engagées dans ce projet collectif. Ils instrumenteront les intervenants quant à la collaboration attendue du partenaire et cimenteront les relations de confiance des personnes par un engagement des établissements et des organismes.

DES PROGRAMMES ET DES PROJETS CONJOINTS

L'intégration souhaitée des activités et des services du réseau intégré en toxicomanie ne peut se résumer à la simple juxtaposition de l'offre d'activités et de service des différents dispensateurs des programmes identifiés.

La simple référence d'un client à un autre dispensateur de services constitue un niveau minimal d'intégration des services. D'autre part, une intervention conjointe, dans le cadre d'un projet commun ou d'un programme s'adressant à une même clientèle, exige une coordination des intervenants favorisant l'intégration des services à travers des activités et des objectifs partagés et dispensés, concurremment au même client. Cette coordination simultanée, par rapport à une coordination séquentielle s'adressant au client commun dans le cadre d'une intervention directe en réseau, supporte l'intégration des services au-delà de la simple juxtaposition des offres des activités et des services de chacun des partenaires.

Pour les jeunes présentant des troubles concomitants de la conduite et de la toxicomanie, le Virage, la Source des Monts et les Centres jeunesse de la Montérégie sont à concevoir un programme intégré impliquant des éducateurs et des intervenants en toxicomanie auprès de cette clientèle commune. La généralisation de ce programme d'intervention, à travers les différents territoires, permettra une meilleure intégration du traitement en coordonnant les différentes activités du programme conçu et mis en œuvre conjointement.

Cet exemple de développement de programme ou de projet commun illustre bien la nécessité pour le réseau en toxicomanie de se doter de stratégies d'intervention, favorisant l'intégration des services pour un client commun à travers des projets et des programmes. À cet effet, le développement de projets et de programmes conjoints constitue des mécanismes de coordination mettant en interaction des intervenants de la base de la conception du programme, à sa mise en œuvre en coordination simultanée jusqu'à son évaluation.

Tableau V

Les mécanismes de coordination

COORDINATION CLINIQUE	COORDINATION ORGANISATIONNELLE
▪ Gestionnaire de cas ▪ Comité clinique ▪ Outil d'évaluation ▪ Plan d'intervention et Plan de services individualisé ▪ Protocole de référence	▪ Chargé de projet ▪ Agent de liaison ▪ Responsable de l'accès ▪ Comité local d'accès ▪ Comité régional de coordination ▪ Protocole d'entente

DE LA VISION À L'ACTION : LA STRATÉGIE D'IMPLANTATION DU RÉSEAU INTÉGRÉ EN TOXICOMANIE

LA GESTION DU SUPPORT À L'IMPLANTATION : LES STRATÉGIES DE MOBILISATION

« Nous proposons une vision et des objectifs, mais n'attendons pas d'avoir tout défini en détail pour commencer à mettre en place cette vision. Au lieu d'imposer partout un modèle unique et détaillé, allons de l'avant ! En d'autres termes, agissons, avançons, évaluons et ajustons. Cette stratégie, recommandée à la Commission par plusieurs experts internationaux est, à leur avis, la clé de la transformation réussie du réseau de la Santé et des Services sociaux dans plusieurs pays ». Commission d'étude sur les services de santé et services sociaux, (2000) Michel Clair, pages 55-56.

Bon nombre d'acteurs, de tous les niveaux de notre réseau de la santé et des services sociaux, ont élaboré au cours des années des cadres de référence en diverses matières pour en améliorer la coordination et la qualité des services à la population. Après avoir consacré temps et énergie à rallier des points de vue parfois divergents en une vision commune de l'offre d'activités et de service à la population, ils ont souvent oublié de consacrer autant d'énergie et d'effort à l'implantation de leur vision. Convenons conséquemment que l'implantation du projet collectif de réseau intégré en toxicomanie commande un support garantissant son atterrissage, tout aussi important que le processus ayant donné lieu à sa conception.

À cet effet, l'implantation du réseau intégré en toxicomanie soumet les acteurs impliqués à un défi important pour passer de la vision à l'action; passer d'une juxtaposition des offres d'activités et de service, des missions des établissements et organismes impliqués à une intégration d'activités et de services au profit de la clientèle. Il commande conséquemment une gestion d'un processus de changement à la fois organisationnelle mais aussi et surtout des pratiques professionnelles des intervenants impliqués dans la dispensation directe du service à la clientèle. La stratégie d'implantation sera également soumise aux différents enjeux stratégiques des différentes organisations institutionnelles et communautaires tentant de maintenir leur équilibre interne dans un environnement fréquemment changeant.

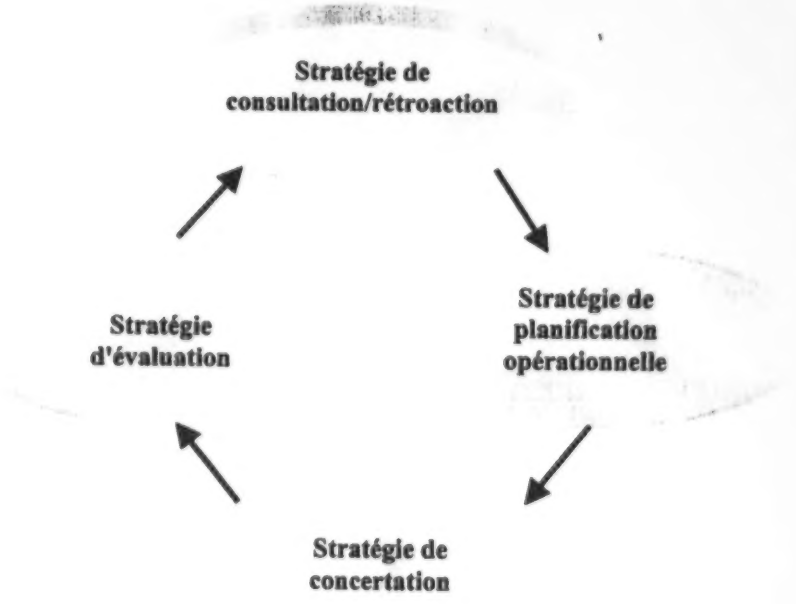
Nous ne pouvons nier non plus le contexte de pauvreté de l'offre de service en toxicomanie en Montérégie qui confronte quotidiennement les intervenants sur le terrain entre les besoins des clients et leur capacité de leur permettre l'accès au bon service, au bon moment. Enfin, l'envahissement des tâches, à la suite des différentes compressions budgétaires, d'un bon nombre d'intervenants des différents réseaux de services impliqués dans le projet collectif, constituera un défi supplémentaire à l'introduction d'un autre changement peut-être non souhaité malgré la reconnaissance du bien-fondé de la proposition.

Ces différents facteurs constitueront possiblement des facteurs de résistance à l'implantation de changements opérationnels et cliniques sous-jacents au réseau intégré.

Le groupe de travail identifie quatre stratégies susceptibles de garantir le passage de la vision à l'action du projet collectif souhaité.

Figure 8

Les stratégies de mobilisation



LA STRATÉGIE DE CONSULTATION/RÉTROACTION

La Régie régionale a mené un vaste processus de consultation afin de faire connaître, intéresser, obtenir du feed-back pour bonifier et mobiliser autour du projet collectif les intervenants, les gestionnaires et les partenaires impliqués.

Le groupe de travail a identifié **cinq objets de consultation** qui ont été soumis en consultation au réseau :

- Les fondements du projet.
- L'offre des activités et de service.
- L'organisation des activités et des services.
- La réinsertion sociale.
- L'implantation du projet.

Les questions soumises en consultation sont les suivantes :

- Êtes-vous en accord avec les fondements du réseau intégré en toxicomanie, soit les objectifs, la répartition des rôles et responsabilités entre les divers établissements et les principes directeurs qui appuient l'ensemble de la démarche ?
- Le projet améliore-t-il l'accès de la clientèle aux activités et services en toxicomanie ?
- Le réseau améliore-t-il les services d'une qualité et d'une quantité suffisante pour répondre aux besoins de la clientèle ?
- Au niveau de l'organisation des services, quels sont, selon vous, les avantages et inconvénients :

  a) D'instaurer des structures de coordination régionale et d'harmoniser les pratiques ?
  b) De désigner des personnes clés responsables du cheminement du client ?

- Quels mécanismes le réseau intégré devrait-il instaurer pour assurer la prise en charge des clients ainsi que le suivi de leur réinsertion sociale ou le maintien de leur insertion ?

LES FONDEMENTS DU PROJET

- De manière générale, on a pu constater une adhésion au projet proposé.
- Il y a une valeur ajoutée à travailler en réseau intégré et particulièrement au niveau de l'harmonisation des approches et d'outils communs de dépistage et d'évaluation, et ce, dans un contexte des meilleures pratiques cliniques.
- L'implantation du modèle implique des changements de pratiques professionnelles et organisationnelles.
- Les réseaux intégrés devront mieux s'intégrer entre eux.

L'OFFRE DES ACTIVITÉS ET DE SERVICE

- L'offre de service actuelle est insuffisante. Il faut consolider, voire même développer, tous les éléments de la gamme d'activités et de services, en particulier au niveau des services jeunesse et améliorer l'intégration des services pour les personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.
- Le projet améliore en qualité, mais pas en quantité, l'offre d'activités et de service.
- Le CLSC comme porte d'entrée privilégiée et chef d'orchestre de l'accueil pour l'évaluation et la référence, constitue une plus-value.
- La gestion du délai, en termes d'imputabilité, constitue un enjeu majeur.
- L'agrément des établissements et la certification des organismes communautaires offrant des services d'hébergement en toxicomanie sont une garantie de qualité de services.

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS ET DES SERVICES

- Nécessité d'un leadership et d'un engagement fort de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Structures de coordination permettant de mieux préciser les rôles et responsabilités.
- Rôles des nouvelles personnes clés à préciser davantage.
- En première ligne, fonctions accueil-évaluation-orientation (AEO) et intervention précoce nécessitant une clarification en termes d'activités.
- Meilleure intégration de la prévention au niveau de l'offre d'activités et de service.

LA RÉINSERTION SOCIALE

Nous demandions aux participants de nous aider à prendre une décision quant à la désignation d'un établissement imputable de la réinsertion sociale. Il n'a pas été possible d'obtenir un consensus clair des participants sur cette question. À défaut d'une réponse sur le plan administratif, sous l'angle clinique, nous recevions un message clair en faveur de la continuité de l'intervention afin de ne pas rompre le lien thérapeutique avec la personne et, si possible, à l'aide du plan individualisé de services.

L'IMPLANTATION DU PROJET

Des douze recommandations émises, nous en retenons trois principales :

- Ajout de ressources afin de garantir le succès du projet.
- Un plan de formation bien structuré.
- Un leadership et un engagement de tous les partenaires sont les garanties du succès.

LA STRATÉGIE DE PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

Le cadre de référence, ayant fait l'objet d'une adhésion de l'ensemble des acteurs et de la planification stratégique, devra se convertir en planification opérationnelle identifiant les activités à produire par chacun des acteurs selon une séquence prédéterminée et selon un calendrier précis.

Sous la responsabilité du Comité régional de coordination, le chargé de projet devra élaborer une planification opérationnelle selon les paramètres du cadre de référence, garantissant l'atterrissage des orientations stratégiques du projet.

L'élaboration de la planification opérationnelle devra s'appuyer sur trois composantes intégrant l'ensemble des activités complexes à mettre en œuvre pour garantir sa réussite :

- Le choix de la stratégie d'implantation.
- Les différents objets de planification.
- Les outils de planification.

LE CHOIX DE LA STRATÉGIE D'IMPLANTATION

Le groupe de travail a été confronté à faire un choix, déterminant ainsi la stratégie d'implantation à travers la Montérégie, soit une implantation par territoire de CLSC par rapport à une implantation par fonction du processus clinique du réseau intégré en toxicomanie.

Le choix d'implantation par une fonction du processus clinique, soit l'évaluation-orientation, implique que l'on choisisse la fonction qui apparaît la plus prometteuse comme levier de changement sur l'ensemble des dix-neuf territoires de CLSC. Après avoir réalisé l'implantation de la fonction évaluation-orientation garantissant l'accès sur les territoires, et les ajustements nécessaires, la fonction traitement, et subséquemment de réinsertion sociale, serait entreprise avec l'acquis d'une meilleure connaissance mutuelle des acteurs des différents systèmes et des mécanismes de coordination déjà en place. Cette approche permet une généralisation de l'implantation sur l'ensemble des territoires, tout en favorisant une cohérence de la fonction retenue. Elle présente, d'autre part, le risque de morcellement de l'ensemble du processus clinique et ne permet pas l'expérimentation du réseau complet. Compte tenu que le rythme d'implantation peut varier en fonction des contingences des territoires, elle peut obliger certains territoires à attendre pendant que d'autres complètent l'implantation de la fonction avant d'entreprendre la fonction subséquente.

Le groupe de travail a retenu un choix d'implantation par fonction en retenant l'évaluation-orientation comme fonction déterminante. L'élaboration de la planification opérationnelle sera déterminée par ce choix quant aux activités à mettre en œuvre et à la séquence à les ordonnancer.

LES OBJETS DE LA PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

En fonction du choix de l'approche d'implantation retenu, le chargé de projet doit tenir compte, dans son plan d'action, des activités à mettre en œuvre relatives aux constituantes du réseau intégré en toxicomanie soit : l'offre d'activités et de service, les mécanismes d'accès et les mécanismes de coordination identifiés comme des leviers de l'intégration des services à la clientèle.

Quant à l'offre d'activités et de service, plusieurs facteurs nécessiteront d'être planifiés pour réaliser une implantation intégrée par rapport à une implantation par silo. L'offre d'activités et de service inclut des programmes de prévention ainsi que des programmes de réadaptation et de

réinsertion sociale. Ces programmations sont parfois gérées en fonction de politiques et d'objectifs différents dans l'actualisation de leurs activités réciproques.

L'offre d'activités et de service repose sur un continuum dispensé par des établissements de première ligne, les CLSC identifiés comme porte d'entrée principale, et des établissements de réadaptation régionaux, Le Virage et le Pavillon Foster comme dispensateurs des services de réadaptation en toxicomanie.

La force du réseau intégré repose sur la fluidité des interactions entre ces deux dispensateurs de services. De plus, le réseau intégré repose également sur la contribution attendue du réseau des organismes communautaires identifiés. Leur rôle, tant au niveau de l'input dans le réseau, de leur contribution au traitement et à la réinsertion sociale, devra faire l'objet d'ententes respectueuses de leurs valeurs et de leur mission. Ceux-ci n'étant pas présents sur chacun des territoires de CLSC par rapport à la fonction hébergement, un découpage territorial devra préciser l'accès pour la clientèle à desservir.

Enfin, les stratégies de déploiement du Programme national de la santé publique, à partir de plans d'action locaux, commandent également une coordination avec l'implantation du réseau intégré.

Finalement, le réseau intégré s'appuie sur la contribution des partenaires externes pour la clientèle présentant des besoins complexes (santé mentale, itinérance, clientèle judiciarisée, personnes ayant une déficience intellectuelle ou physique) ou pour des masses critiques réduites (désintoxication et traitement résidentiel auprès des jeunes).

Les activités de planification opérationnelle devront tenir compte de ces différents facteurs dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie d'implantation du réseau intégré ; elles impliqueront une clarification des rôles ainsi qu'une formalisation des consensus et des engagements des parties.

Quant aux mécanismes d'accès, ils impliquent un processus formalisé d'évaluation des besoins de la clientèle à l'aide d'une instrumentation standardisée dans le cadre d'une structure de décision animée par des responsables de l'accès de différentes organisations. De plus, elle sous-tend que l'identification des besoins du client peut-être effectuée par un professionnel d'une organisation, autre que celle qui dispense le traitement. Enfin, un certain volume de clientèle, dite aux besoins complexes, est susceptible de ne pas trouver dans le réseau existant l'offre de service pertinente à leur plan de service.

Ces différents facteurs rassemblent des conditions susceptibles de troubler l'implantation du projet collectif et solliciteront les membres du comité régional dans leur contribution à la planification opérationnelle. Ils impliquent des activités d'information sur la cohérence nécessaire au processus d'évaluation harmonisé sur l'ensemble des territoires de CLSC, des activités de formation et de supervision professionnelle nécessaires à l'apprentissage de l'instrumentation clinique retenue par le groupe d'experts du réseau intégré, de même que la mise en place de comités locaux d'accès animés par les agents de liaison des diverses organisations. Ils

nécessitent de plus des activités de conception des différents outils de référence et de transfert de l'information supportant la continuité de l'intervention auprès du client.

Quant aux mécanismes de coordination, ils assurent la cohérence et l'harmonisation, tant au niveau de la coordination organisationnelle du réseau que de sa coordination clinique du système clientèle. Ils impliquent la désignation de personnes clés, la mise en œuvre de processus formalisés et convenus ainsi que de structures, tant cliniques qu'organisationnelles, et ce, tel que nous l'avons décrit au chapitre sur les structures de coordination.

En plus d'inclure des activités reliées à la coordination de l'environnement interne du réseau intégré en toxicomanie, la planification opérationnelle s'assure de formaliser, dans le cadre de protocoles d'ententes, les contributions attendues des partenaires externes. Des activités de concertation, de partenariat et de négociation devront déboucher sur la signature d'ententes formelles précisant les mécanismes d'accès, les contributions au traitement et à la réinsertion sociale ainsi que les mécanismes de solution des litiges des organisations en cause.

LES OUTILS DE LA PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

L'élaboration et la mise en œuvre de la planification opérationnelle nécessitent également la conception d'outils intégrant l'ensemble des activités à produire sur les objets identifiés, permettant de les communiquer et d'en assurer le suivi de l'implantation : le plan d'action régional et les plans d'actions locaux, un plan de communication continu et des outils de monitoring guidant le suivi de l'implantation, tant régional que local.

Le choix de l'approche d'implantation ayant été précisé, le chargé de projet pourra s'attabler sur sa planche à dessin pour élaborer le plan d'action régional à être soumis au comité régional pour approbation en fonction des objets et des enjeux du contenu de la planification. Ci-dessous, la grille d'analyse à être complétée dans le cadre de la planification opérationnelle.

LE PLAN DE COMMUNICATION

Constituante majeure de la planification opérationnelle, le plan de communication informe régulièrement, tant des modalités d'accès au réseau intégré que de l'évolution des travaux constituant un levier important de mobilisation.

Au-delà des comptes rendus de réunions, le plan de communication devra s'inspirer des stratégies de marketing favorisant à la fois la mobilisation des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ce projet collectif que la représentation auprès des bailleurs de fond supportant sa mise en œuvre par l'allocation de ressources à son développement. À partir de clientèles cibles, il proposera différentes activités d'information, de représentation et de sollicitation susceptibles de mobiliser les intervenants, les gestionnaires, les partenaires et la population.

LES OUTILS DE MONITORING

Guider, suivre et ajuster l'implantation du réseau intégré en toxicomanie en Montérégie nécessitent l'élaboration d'outils de vigie garantissant son atterrissage en concordance avec la vision du projet convenu. Au-delà des indicateurs de résultats auprès de la population, est-ce que l'implantation du réseau intégré s'effectue selon les orientations stratégiques convenues? Est-ce que l'on fait ce que l'on a dit que nous allions faire? Il en va de la crédibilité du projet garantissant la cohérence recherchée par tous les acteurs entre le discours et l'action.

Le Comité régional de coordination aura à soutenir son discours tout au long de la stratégie d'implantation du réseau intégré, quels que soient le rythme, les résistances et les embûches auxquels il aura à faire face. Il devra conséquemment se doter de tableaux de bord identifiant le niveau de pénétration du projet auprès de la population, le niveau des activités réalisées dans l'implantation, les réajustements nécessaires lui permettant de guider, suivre et ajuster la stratégie d'implantation.

LES STRATÉGIES DE CONCERTATION

Le diagnostic régional du réseau en toxicomanie a mis en relief l'existence de liens de collaboration prometteurs entre les différents auteurs préoccupés par la toxicomanie en Montérégie. Forte du climat de confiance et des interactions existantes entre les partenaires, l'implantation du réseau intégré en toxicomanie nécessite de consolider et de formaliser ces relations.

Le développement des liens de collaboration et de mécanismes de coordination internes et externes est à la base de l'intégration des services souhaités par le projet collectif; le chapitre sur les mécanismes de coordination du cadre de référence a largement démontré sa nécessité à travers des personnes clés, des processus harmonisés, des outils communs et des structures de gestion. L'existence même d'un réseau intégré présuppose le développement de stratégies de concertation et de partenariat interne et externe, incluant les activités préventives liées au Programme national de santé publique.

Au niveau de l'environnement interne du réseau intégré, six partenaires majeurs seront appelés à développer des liens de collaboration déterminants et à gérer l'implantation du réseau intégré :

- Le réseau des dix-neuf CLSC agissant comme porte d'entrée privilégiée des activités et des services.
- Les centres régionaux de réadaptation en toxicomanie, Le Virage et le Pavillon Foster, dispensant les services spécialisés de deuxième ligne à travers l'offre de service identifiée dans le chapitre précédent.
- Les organismes communautaires reconnus dans le cadre de leur mission spécifique et de leur programmation appelés à contribuer à l'hébergement ou à l'une ou l'autre des activités de l'offre de service.

- Les Centres jeunesse de la Montérégie, pour la clientèle jeunesse, sous le couvert de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi C7.
- La Direction de santé publique dans le cadre de son mandat de planification, d'évaluation et de programmation des activités en promotion de la santé et en prévention de la toxicomanie.
- Enfin, la Direction de la première ligne et de la réadaptation de la Régie régionale, dans le cadre de son mandat de coordination des services et d'allocation de ressources.

Au niveau de l'environnement externe du réseau intégré, la contribution de partenaires s'avérera tout aussi essentielle à la mise en œuvre du projet, notamment :

- Les Centres Jean Lapointe pour adolescents et le programme Le Portage pour les suivis résidentiels auprès des jeunes.
- Les commissions scolaires et les organismes communautaires pour les activités préventives.
- Les carrefours jeunesse-emplois et les centres locaux d'emplois pour le développement de l'employabilité déterminant en matière de réinsertion sociale.
- Les centres hospitaliers pour la clientèle présentant des difficultés de santé mentale et spécifiquement l'unité pour adolescents de l'Hôpital Charles LeMoyne.
- L'APAMM pour le support et l'hébergement des clientèles présentant des difficultés de santé mentale.
- Le Pavillon Saint-Luc du CHUM pour le programme de désintoxication auprès des clientèles présentant des risques élevés de complication de sevrage.
- Les organismes communautaires spécialisés auprès des clientèles itinérantes.
- Les services correctionnels du Québec pour la clientèle adulte sous mesures ordonnées.
- L'unité de médecine familiale de l'Hôpital Charles LeMoyne pour le programme de méthadone.
- L'Université de Sherbrooke pour le développement d'un programme d'évaluation d'implantation et d'impact.
- Le MSSS comme bailleur de fonds.

À TRAVERS UN PROCESSUS DE RAPPROCHEMENT

Le discours populaire entourant les notions de concertation, de partenariat, d'action intersectorielle laisse parfois sous-entendre le caractère magique du concept. En effet, beaucoup a été dit sur ces notions, mais très peu a été produit.

La majorité des intervenants et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux reconnaît le bien-fondé des valeurs reliées à la concertation. Les ententes de principe, sur la nécessité d'agir en consultation, sont habituellement assez rapidement convenues.

D'autre part, l'opérationnalisation de processus structurant une intégration réelle des services et d'activités est actuellement relativement rare dans le réseau. Mis à part, les ententes cadres CLSC et les centres jeunesse, le programme PAPA, les Tables « À toute jeunesse », peu d'expériences concluantes peuvent guider la gestion d'un processus de concertation.

Les expériences réussies nous suggèrent cependant que la signature du protocole d'entente entre les partenaires, tant interne qu'externe, nécessite la gestion d'un processus de rapprochement qui commande d'être supporté, encadré et constamment stimulé. Il nécessite d'être porté par un leader du réseau intégré en toxicomanie et oblige temps et ressources pour dépasser les énoncés de principes et traverser les irritants initiaux des préjugés réciproques.

Le processus de rapprochement, suscitant la concertation des partenaires internes et externes, doit :

- Identifier des personnes clés de chacun des réseaux.
- Susciter l'interaction.
- Développer une connaissance mutuelle de l'offre d'activités et de service.
- Identifier les objets de collaboration.
- Convenir d'une entente formelle engageant les organisations.
- S'assurer de sa diffusion auprès des gestionnaires et des intervenants.

POUR FORMALISER DES PROTOCOLES DE COLLABORATION

La stratégie de concertation passera nécessairement par l'établissement de liens de confiance entre personnes clés de différents réseaux adhérant aux valeurs du réseau intégré en toxicomanie. Celle-ci constitue le ciment du réseautage. D'autre part, la mobilité des personnes clés peut parfois fragiliser ce réseautage des systèmes et rendre sa communication souvent limitée; les personnes quittent et parfois le réseau s'effrite.

De l'engagement des personnes, la stratégie de concertation devra passer à l'engagement des établissements à travers une formalisation des processus de rapprochement par des protocoles de collaboration. La pérennité de l'engagement de collaboration est assurée de même que sa diffusion à l'ensemble des intervenants et gestionnaires impliqués dans la collaboration. À cet effet, l'utilisation de protocole type, tant pour les partenaires internes qu'externes du réseau intégré en toxicomanie, nous apparaît souhaitable.

Le contenu des protocoles devrait inclure :

- La reconnaissance d'engagements mutuels des partenaires à contribuer au réseau intégré.
- Les objets de collaboration souhaités, tant en prévention qu'en réadaptation et réinsertion sociale.
- Les mécanismes d'accès aux différents programmes, activités et services du réseau intégré.
- Les mécanismes de coordination clinique et organisationnelle.
- Les responsabilités réciproques sur chacun des objets de collaboration.
- Les zones de collaboration obligatoires pour les clientèles de zones grises.
- Les outils d'intégration des services (formule de référence, PSI, autres).
- L'identification des agents de liaison chargés de promouvoir et diffuser l'entente.
- Les mécanismes de solution des litiges.

LA STRATÉGIE D'ÉVALUATION

L'implantation progressive du réseau intégré en toxicomanie à travers les activités de la planification opérationnelle permettra d'ajuster l'écart entre la vision souhaitée du cadre de référence et la réalité de l'atterrissage sur le terrain. Ce processus d'ajustement aux réalités locales et aux impératifs des organisations impliquées, nous suggère une stratégie complémentaire à la phase d'implantation.

ÉVALUATION D'IMPLANTATION

Est-ce que nous implantons ce que nous avons convenu de faire à travers le cadre de référence du réseau intégré en toxicomanie? Est-ce que les activités de la planification opérationnelle sont en conformité avec les orientations stratégiques de la vision? Y a-t-il une cohérence entre les objectifs poursuivis et la mise en œuvre sur le terrain? Quels sont les ajustements qui ont été nécessaires par l'opérationnalisation du projet? Essentiellement, l'évaluation d'implantation devrait nous permettre de répondre à ces différentes questions.

Les informations recueillies par cette stratégie initiale d'évaluation permettront surtout de resserrer l'écart entre la vision projetée du réseau intégré en toxicomanie et sa réalisation. Elles permettront de distinguer entre l'essentiel et l'accessoire du projet, de dégager le cœur du projet, de conserver le noyau essentiel et pertinent des orientations stratégiques. Les informations recueillies serviront également à identifier, au-delà de la théorie, les conditions essentielles à l'implantation de ce projet. Elles faciliteront conséquemment la généralisation en bonifiant les conditions gagnantes. La rétroaction de ce processus d'évaluation alimentera la réflexion du Comité régional de coordination afin de réajuster sa vision du projet et en reformuler une version améliorée porteuse de sens pour les intervenants, pour les gestionnaires et les partenaires impliqués.

ÉVALUATION DES EFFETS

La stratégie d'implantation ayant été qualifiée à la lumière du feed-back par le processus d'évaluation de l'implantation, nous devrons aborder les effets et les résultats souhaités du projet de réseau intégré en toxicomanie. En admettant que nous implantions le réseau intégré avec une certaine efficacité, est-ce que le projet produit les résultats et les impacts souhaités auprès de la population des jeunes et des adultes? L'évaluation des effets distincts du processus d'évaluation de l'implantation devrait nous fournir un certain nombre d'informations, nous permettant ainsi de maximiser l'efficacité et l'efficience du projet collectif en termes de résultats visés. L'élaboration du devis d'évaluation des effets obligera le Comité régional de coordination à cibler les indicateurs de résultats les plus pertinents.

L'offre d'activités et de service, décrite au chapitre précédent, avait déjà nommé un certain nombre d'indicateurs pour chacun des programmes retenus en termes de volume de clientèles et d'effets auprès de la population.

L'ensemble des indices proposés devra faire l'objet d'une sélection ne retenant que les plus pertinents en fonction de l'accessibilité de l'information disponible. Le Plan d'action ministériel en toxicomanie, dans le cadre des objectifs relatifs au développement de la concertation régionale, en identifie quelques-uns :

- Le nombre de CLSC offrant des services de base en toxicomanie.
- Le nombre de régions où la gamme de services est présente.
- Le nombre de régions où des mécanismes de concertation ont été mis en place.
- Le nombre de régions où des mécanismes d'orientation du client ont été mis en place.
- Le volume d'orientations par territoire.
- Le volume de PSI.
- Le volume de clientèle par territoire.
- Le volume d'utilisation des différents programmes de l'offre de service adulte, jeunesse.

D'autre part, les indicateurs, en fonction du niveau d'intégration des services souhaités par le projet collectif, sont peu nommés dans l'offre de service ; ceux-ci, en se référant au chapitre sur les mécanismes de coordination, devront faire également l'objet d'une identification des plus pertinentes et accessibles par le Comité régional de coordination.

La stratégie d'évaluation s'avère essentielle à l'implantation adéquate et à la consolidation du réseau intégré en toxicomanie. Elle commandera, dès le début de l'implantation, la formulation d'indicateurs significatifs et la mise en place d'un système de cueillette de données permettant de conserver l'information nécessaire à l'évaluation. De plus, elle sollicitera la contribution de l'expertise reconnue en évaluation de programmes des équipes de la Direction de santé publique, de l'évaluation et la planification de la Régie régionale pour l'élaboration des devis d'évaluation, tant de l'implantation que des effets du réseau intégré. Il serait également souhaitable qu'un

partenariat puisse se développer avec le milieu de l'Université de Sherbrooke ou de l'Université Laval, préoccupé aussi par la problématique de la toxicomanie, tant chez les jeunes que chez les adultes.

DES RESSOURCES À CONSENTIR

L'effort à consentir pour la mise en œuvre du réseau de services proposés pour la population jeunesse, en excluant les services existants : **4 352 538 $** (budget 2001-2002).

Tableau VI

L'effort budgétaire à consentir pour mieux desservir les jeunes

Clientèle jeunesse	Existant	Effort à consentir
Pour les programmes de prévention	570 970 $	N/D
Pour les programmes spécialisés et de réadaptation	600 000 $	3 728 738 $
Pour les programmes spécialisés et de réadaptation aux anglophones	214 000 $	623 800 $
TOTAL	**1 340 971 $**	**4 352 538 $**

L'effort à consentir pour la mise en œuvre du réseau de services proposés pour la population adulte : **6 236 967 $** (budget 2001-2002).

Tableau VII

L'effort budgétaire à consentir pour mieux desservir les adultes

Clientèle adulte	Existant	Effort à consentir
Pour les programmes de prévention	62 000 $	N/D
Pour les programmes spécialisés et de réadaptation	5 377 937 $	6 236 967 $
TOTAL	**5 377 937 $**	**6 236 967 $**

L'effort total, excluant les activités et les services existants : **10 589 505 $** (2001-2002)

Tableau VIII

Synthèse de l'effort budgétaire à consentir et per capita en Montérégie

Clientèle jeunesse et adulte	Existant	Effort à consentir	Per capita
1 336 504	**6 718 908 $**	**10 589 505 $**	**12,95 $**

NOTES COMPLÉMENTAIRES

L'effort à consentir a été estimé à partir d'une projection budgétaire qui n'inclut pas les coûts d'encadrement, les coûts administratifs ainsi que les immobilisations et équipements afférents aux services directs à la clientèle. Cet effort a été estimé à partir des heures travaillées par rapport aux heures rémunérées et au remplacement du personnel.

L'allocation des ressources devra s'inscrire dans une planification budgétaire plus précise. Un coût indirect de l'ordre du 20 % à 28 % du budget alloué en services directs devrait permettre d'assumer les activités de support administratif et d'hôtellerie. Les activités préventives ne sont pas incluses. Les mécanismes d'allocation des ressources de la Régie régionale devraient permettre la participation et la consultation des acteurs du réseau intégré en toxicomanie : le Comité régional de coordination du réseau intégré sera un acteur significatif.

Les mécanismes d'allocation des ressources de la Régie régionale devraient refléter l'équilibre et la coordination à développer entre les activités préventives et les services. Les mécanismes d'allocation des ressources devraient également refléter l'équilibre entre la répartition des ressources entre le réseau adulte et le réseau jeunesse.

Les mécanismes d'allocation des ressources devraient pouvoir cibler le programme faisant l'objet d'un support financier, de même que les indicateurs de résultats, tels que formulés dans la structure de programmes retenus : allocation par programme plus que par établissement.

Le niveau actuel de services jeunesse pour la réadaptation regroupe l'équivalent de dix postes d'intervenants au Virage, dont la majeure de leur charge de cas est ciblée en jeunesse, soit 600 000 $. Ces ressources n'ont pas été incluses dans le calcul de l'effort à fournir. Le niveau de services pour la réadaptation des jeunes anglophones, dont le nombre est estimé à plus de 1 500, se limite actuellement à 214 000 $, soit l'équivalent de 2,7 postes. Ces ressources n'ont pas été incluses dans le calcul de l'effort à fournir.

Les coûts de 1 271 750 $ relatifs aux services aux jeunes anglophones proviennent d'une évaluation sommaire qui nécessite d'être validée en fonction des masses critiques de la population anglophone.

Services aux jeunes anglophones		Coûts
Par territoire		
Territoire Samuel de Champlain	1,0 ARH	
Territoire Châteauguay	3,5 ARH	
Territoire Huntingdon	2,5 ARH	
Territoire Cowansville	2.5 ARH	
Territoire Vaudreuil	0,5 ARH	
(soit 10 postes x salaire de base de 62 475 $) :		624 750 $
Centre de jour sur le territoire Greenfield Park en collaboration avec la Commission scolaire Riverside		327 000 $
Programmes en hébergement : 4 places hébergement (4 x 80 000 $) :		320 000 $
	Total :	**1 271 750 $**

DES CONDITIONS GAGNANTES

Pour supporter l'implantation du réseau intégré, nous identifions huit éléments essentiels favorisant le succès d'une telle opération : la maîtrise des habilités relationnelles par les personnes qui portent ces dossiers, la formalisation des collaborations dans le cadre d'un protocole, du leadership politique et stratégique des directions impliquées, des ressources financières suffisantes et la nécessité d'une formation aux nouveaux rôles des intervenants professionnels.

La mise en œuvre du réseau intégré en toxicomanie, pour atteindre son efficacité en fonction des résultats souhaités, nécessitera des conditions le supportant. Nous en identifions les plus déterminantes.

UNE OFFRE DE SERVICE SUFFISANTE ET DIVERSIFIÉE CONSTITUE UNE CONDITION DÉTERMINANTE POUR SUPPORTER LA COORDINATION DU RÉSEAU

Le réseau intégré en toxicomanie a pris des engagements envers la population et s'est conséquemment rendu imputable de lui rendre accessible une offre d'activités et de service adaptée à ses besoins et de produire les résultats souhaités, à la fois chez le client et auprès de la population en général. Ordinairement, une offre d'activités et de service, insuffisante en volume et en diversité, réduit de beaucoup les efforts de coordination des intervenants constamment confrontés entre les besoins identifiés chez le client, la volonté de lui venir en aide et l'incapacité du réseau de lui formuler une offre adaptée à ses besoins. Cet état de situation entraîne les désillusions rapides du gestionnaire de cas, réduit l'efficacité de l'évaluation-orientation des CLSC incapables d'opérationnaliser le protocole d'entente avec l'établissement ou l'organisme de deuxième ligne et confronte les mécanismes d'accès à des arbitrages continus et inefficaces. Avec une offre d'activités et de service très limitée en Montérégie, le comité régional et la Régie régionale devront coordonner leurs efforts pour développer, dans un horizon limité, la gamme d'activités et de services minimale nécessaire. Les mécanismes de coordination identifiés auront à supporter autrement la pression de la demande et leur efficacité risque d'être très réduite.

UNE VISION CONVENUE DE L'INTERDÉPENDANCE ENTRE LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DU RÉSEAU INTÉGRÉ

Les recherches sur les réseaux intégrés mettent en relief l'importance de la cohérence interne entre le système clientèle, la gestion du réseau et le système allocation des ressources pour garantir leur équilibre et leur crédibilité. Les paradigmes, supportant la construction d'un réseau intégré, reposent sur l'interdépendance des partenaires par rapport aux systèmes de valeurs convenus et pour lesquels chacun s'engage. Ils supposent une approche clientèle dans ses engagements, des relations égalitaires entre les partenaires basées sur la coopération plus que sur la concurrence de marché. Enfin, ils impliquent qu'aucun des établissements ou organismes ne détient seul la réponse adaptée et de qualité aux besoins du client. Conséquemment, ces mêmes paradigmes exigent, de la part de chacun des partenaires du réseau, le développement d'une culture organisationnelle intégrant ces valeurs, tant dans son propre réseau qu'au niveau de sa

contribution au projet collectif. Ils exigent le passage d'une culture historique d'établissements ou d'organismes à une culture de réseautage en acceptant de modifier leurs programmes, leurs processus cliniques, leurs pratiques professionnelles et de partager leur pouvoir.

DES RÔLES ET RESPONSABILITÉS CONVENUS ET PARTAGÉS

Une contribution efficace au projet collectif nécessite que les rôles attendus de chacun des acteurs soient connus et convenus par chacun des membres. L'objectif visé par la formalisation des protocoles de collaboration entre les partenaires internes et externes du réseau de services, tend essentiellement à identifier les champs de responsabilités et les zones de collaboration incontournables en fonction des résultats souhaités. Pour les partenaires externes, impliquant notamment la santé mentale des jeunes et des adultes, l'itinérance, les adultes sous ordonnance du ministère de la Justice et le milieu scolaire, la Régie régionale doit faire preuve d'un leadership mobilisant pour solliciter leur contribution au réseau intégré. Plus spécifiquement, pour les organismes communautaires impliqués dans le réseau intégré, une clarification des rôles attendus reconnaissant à part entière leur expertise et leur contribution dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet collectif est nécessaire. De plus, un protocole d'entente doit être formalisé par la Régie régionale spécifiant le volume et les conditions d'opération ainsi que les responsabilités réciproques des places réservées dans le réseau communautaire.

DU TEMPS ET DES RESSOURCES

Nous avons identifié, dans le chapitre précédent, les rôles attendus de personnes clés dans la coordination du réseau. Nous sommes conscients, d'autre part, de la situation d'envahissement et de surcharge d'un bon nombre d'intervenants en toxicomanie. Le développement d'intervention en réseau nécessite du temps et de l'énergie des intervenants et ne constitue pas, au départ, une économie d'énergie. Les mandataires de l'accès, les agents de liaison, les gestionnaires de cas, dont les rôles sont déterminants dans l'opérationnalisation des orientations stratégiques du réseau, nécessitent d'être dégagés de leurs responsabilités habituelles au profit de leur contribution au réseau intégré. Les activités que nous leur confions ne peuvent s'inscrire dans l'organisation de leur travail actuel. Chacune des organisations devra conséquemment procéder à une évaluation du temps requis et envisager une réorganisation de son travail pour inclure le nouveau rôle attendu. Enfin, le rôle déterminant du chargé de projet dans la coordination et la mise en œuvre du réseau de service devra faire l'objet d'une allocation spécifique de nouvelles ressources. Les expériences de construction de réseau intégré d'activités et de services à travers la province, tant au niveau des jeunes que des personnes âgées, ont largement démontré leur nécessité et leur pertinence dans le passage d'une planification stratégique à une planification opérationnelle.

DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DÉCLOISONNÉES

Parmi les mécanismes de coordination proposés, l'introduction d'outils communs d'évaluation, de protocoles de référence, au profit du développement d'un langage commun, peut porter atteinte à l'autonomie professionnelle des intervenants du réseau intégré. L'introduction d'un processus clinique rigoureux identifiant les activités à produire par les intervenants nécessite une

harmonisation des pratiques professionnelles au profit de la continuité de l'intervention auprès du client. Ces leviers de coordination impliquent une uniformisation de la pratique des intervenants quels que soient leurs champs de responsabilité professionnelle, leur territoire ou leur appartenance. Ils font appel à une pratique professionnelle décloisonnée et harmonisée.

Les intervenants du réseau intégré ne sont plus les seuls dispensateurs du service au client, de l'évaluation à la prise en charge jusqu'à la fermeture du dossier. L'infirmière, le médecin, l'intervenant social et l'éducateur devront s'ouvrir, tant dans leurs attitudes que dans leurs expertises distinctes pour convenir de leur contribution spécifique auprès du client. Ils devront accepter de partager leur pouvoir respectif lié à leur autonomie professionnelle au profit d'un projet collectif.

Un système d'information-clientèle

Le réseau intégré en toxicomanie doit se doter d'un système d'information performant pour supporter la coordination de ses activités, adapter régulièrement son offre de service et régulariser ses décisions de gestion. Qui est le client du réseau intégré, quel est le meilleur appariement entre le profil clientèle et le bon programme, quelles sont les informations à recueillir en fonction de l'évaluation des programmes et des indicateurs de résultats fixés?

Ces informations essentielles à la bonne coordination du réseau, à l'appariement entre l'évaluation des besoins et la réponse à travers l'un ou l'autre des programmes ainsi qu'au suivi de l'implantation du réseau en fonction des résultats souhaités, devront faire l'objet d'une cueillette régulière et rigoureuse à travers le temps. Le développement d'un système uniforme et informatisé, à partir de l'accès et de la demande de références, permettrait de cumuler de l'information à convenir et alimenter les tableaux de bord essentiels à la coordination et à la gestion du réseau intégré.

Des compétences à développer

L'utilisation standardisée d'outils connus d'évaluation, de formulaires standardisés de référence, du PSI comme garant de la continuité d'intervention et de la coordination des services à travers le parcours clientèle, nécessiteront à travers des plans de formation et de supervision professionnelle, le développement graduel de nouvelles compétences chez les intervenants.

Une stratégie pro-active d'information

Cette stratégie doit s'appuyer sur des outils créatifs de promotion, auprès de la population et spécifiquement auprès des clientèles en situation d'isolement social.

- **Une coordination** avec les lignes téléphoniques d'Info-Santé CLSC et drogues : Aides et Références pour assurer une disponibilité 24/7 à la clientèle.
- **Un processus** graduel et progressif de qualification et de certification à convenir entre les différents acteurs du réseau intégré garantissant un service de qualité.

- **Une compréhension** commune de la réglementation régissant la protection des renseignements personnels de la confidentialité des personnes.

- Enfin, le mémoire de maîtrise de Lisette Hade (1999) sur le partenariat social souligne l'importance des champions, des leaders qui portent et supportent, dans le cadre de leur statut formel ou de leur zone d'influence, le développement de réseau intégré. Les représentants du Comité régional de coordination seront certainement appelés à jouer ce rôle. La Régie régionale, au-delà de sa fonction de planification et de programmation, sera appelée à jouer un rôle de leadership, de soutien et d'accompagnement de l'implantation du réseau intégré.

CONCLUSION : UN PROJET MOBILISANT

La région de la Montérégie dispose d'un cadre de référence en toxicomanie pour les jeunes et les adultes. Il est le résultat d'un processus parfois laborieux de recherches, de consensus d'un groupe de partenaires engagés et désireux d'offrir à la population un service de qualité, à la mesure de nos ressources.

Soutenu par un système de valeurs centré sur la clientèle, il intègre dans un projet cohérent un mode d'organisation des services à partir d'une approche de réseau intégré, sollicitant la contribution complémentaire de divers partenaires, tant internes qu'externes. Il présente une offre de service à partir des besoins identifiés des personnes dans une programmation ciblée intégrant pour chacun des programmes, les efforts à consentir ainsi que les indicateurs de résultats visés.

Le cadre de référence en toxicomanie formule une proposition facilitant un accès au réseau d'activités et de services à travers un processus clinique rigoureux réduisant les dédoublements pour frapper à la bonne porte du premier coup.

Il suggère enfin des propositions de mécanismes de coordination intégrant les activités des différents acteurs du réseau intégré au profit d'une continuité d'interventions et d'un service de qualité aux usagers.

Mais surtout, il sollicite à travers les différentes stratégies d'implantation, la mobilisation de l'ensemble des intervenants et gestionnaires de la Montérégie à contribuer à la mise en œuvre de ce projet fort emballant. Nous disposons d'un projet collectif en matière de toxicomanie et nous avons convenu des différents moyens essentiels pour transformer notre vision en intégration réelle des services. Nous avons également estimé les efforts à fournir qui guideront nos allocations de ressources pour les prochaines années.

Cependant, malgré toute la pertinence et la cohérence de notre vision, celle-ci demeurera un beau rêve sans la contribution réelle de l'intervenant et du gestionnaire dans la dispensation du service sur le terrain.

Nous vous invitons à y inscrire votre contribution à travers votre engagement, votre expertise et vos compétences. La mise en œuvre de ce projet collectif, dans une intégration d'activités et de service aux jeunes et aux adultes de notre région, nous appartient quels que soient notre niveau et notre mode de contribution.

Nous espérons que ce projet collectif sollicite votre engagement et vous mobilise dans sa mise en œuvre au profit des personnes toxicomanes de la Montérégie.

BIBLIOGRAPHIE

Alter, C., & Hage J. (1993). Organizations working together. London : Sage Library of Social Research 191.

APA (1994): Diagnostic Statistical Manual, Fourth Edition-DSM-IV. Washington: *Psychiatric American Association*.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec — Association des Centres jeunesse du Québec (1998) : Services à la jeunesse : CLSC et Centres jeunesse, des établissements qui s'appuient sur les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille, Montréal, 30 juin, 20 pages.

Association québécoise de suicidologie (1990) : La prévention du suicide au Québec : vers un modèle intégré de services, mémoire présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux, novembre, 82 pages.

Barrera, M. et Ainly, S.L. (1983) : The structure of social support : a conceptual and empirical analysis. Journal of Community Psychology, 11, 133-143.

Bégin, C. et Labelle, B. (1989) : Les centres de santé : réalités et opportunités face au défi de l'intégration, Bilan d'une expérience, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, décembre, p. IV.

Bellot, S. (1990) : La santé en Abitibi-Témiscamingue : analyse des données régionales de l'enquête Santé Québec, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, Rouyn-Noranda, novembre.

Biegel, D., Naparstek, A., Khan, M. (1980) : Social support and mental health : An examination of interrelationship. Conférence présentée à la 88^{e} réunion de l'*American Psychological Association. Montréal*, septembre.

Bozzini, L. et Tessier, R. (1985) : Support social et santé. In F. Dumont et J. Dufresne : Traité d'anthropologie médicale, 905-941. Montréal : *Presses de l'Université du Québec à Montréal*.

Brunelle, (1987) : À propos des HMO, *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, janvier, 21 pages.

Brunelle, Y. et Ouellet, D. (1988) : Enseignements à retenir des HMO américains, Planification et évaluation, Série Études et analyses, no 32, ministère de la Santé et des Services sociaux, 36 pages.

Brunelle, Y. (1995) : Une introduction à la gestion intégrée des soins et services, Présentation au Colloque de l'Institut canadien, 30 octobre, Montréal, 30 pages.

Brunelle, Y., Ouellet, D., Montreuil, S. (1988) : Des organisations de soins intégrés de santé (OSIS) au Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Collection Études et analyses, no 2, ministère de la Santé et des Services sociaux, août, 57 pages.
Les Centres jeunesse de la Montérégie (1994) : Vers un continuum de services intégrés à la jeunesse, octobre, vol. 2, Oser sortir des sentiers battus.

Cloutier, R. (1999) : Rapport du Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone. Présenté au sous-ministre adjoint de la Santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 9 avril, 27 pages.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1997) : La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action, Rapport au ministre de la Santé et des Services sociaux, décembre, 80 pages.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999) : Toxicomanie et réduction des méfaits, les cahiers du CPLT, octobre, 16 pages.

Comité permanent de la lutte à la toxicomanie (2000); le point sur la situation au Québec en l'an 2000.

Comité permanent de la lutte à la toxicomanie (2002); la réinsertion sociale en toxicomanie : Marie-Denyse Boivin et Marie-Josée De Montigny.

Commission Clair (2000) : Des solutions émergentes, Rapport et recommandations, 454 pages.

Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région Saguenay—Lac Saint-Jean (1986) : Profil d'un réseau intégré de services pour les femmes victimes de violence familiale et leurs enfants, octobre, 67 pages.

Contrandriopoulos, A.-P. étal. (2001). Intégration des soins : Dimensions et mise en œuvre, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé : volume 8, no 2, (2001) pages 38 et 52.

CRSSS du Bas Saint-Laurent (1981) : Au beau milieu de leur milieu, Plan de développement de services intégrés pour les adultes handicapés intellectuels de la région 01, Rimouski, août, 146 pages.

Eliany, M. et Rush, B. (1992) : L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies : sommaire des évaluations. Rapport de base de la stratégie canadienne antidrogue. Ottawa : Santé Canada, 121 pages.

Forget, D., Cuillerier G. et al. (2002) : Agir en attendant : Profil et trajectoires des personnes en attente de services au Centre André-Boudreau, décembre 2002, 95 pages.

Gendreau, C. et Lebeau, A. (1987) : Proposition d'un plan de développement intégré des services en santé mentale et en psychiatrie dans le territoire du Haut-Richelieu : stratégies concertées de développement et projets expérimentaux, décembre, 52 pages.

Génie Biomédical Montérégie (1998) : Réingénierie des services de maintien en milieu de vie naturel : Sous-région de Châteauguay, phase 2, juin, 48 pages.

Gray, B. (1985) : Conditions faciliting interorganizational collaboration, Humans relations, vol. 38, no 10, p. 911-936.
Hade, Lisette : Le partenariat social, Mémoire de maîtrise, ENAP, 1999.

Kaplan et Sadock, 1991 dans Nadeau, L. et Biron, C. (1998) : Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie, Les Presses de l'université Laval, p. 18.

Kay, G. et Wolff, T. (1998) : Concertation locale : Les clés du succès. Réseau québécois de villes et villages en santé. Traduction de « From the Ground Up : A Workbook on Coalition Building and Community Development », 186 pages.

Landry, Paul (1995) : Pour mieux travailler ensemble : une vision renouvelée de réseaux intégrés de soins et de services, Association des hôpitaux du Québec. 27 pages.

Larivière, Claude : L'amplification obligée des relations partenariales; interdépendance est-elle une menace à l'autonomie?, École de Service social, Université de Montréal, 2000.

Lebeau, A., Vermette, G., et Viens, C. (1997) : Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec, Collection Études et analyses, no 38, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 101 pages.

Miller, W.R.. & Rollnick, S., (2002) Motivational interviewing : Preparing people to change, New York, The Guildford Press, p. 428.

Miller W.R., Benefield, R.G & Tonigan J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking : A controlled comparison of two therapist styles, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61 (3), 455-461.

Ministère de la Santé (1988) : Modèle prévisionnel des services nécessaires aux programmes de traitement des toxicomanies en Ontario : résumé administratif et recommandations pour utilisation locale, Gouvernement de l'Ontario, 66 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998a) : Plan d'action en toxicomanie 1999-2001, Gouvernement du Québec, 43 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998b) : Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : applications en promotion de la santé et en toxicomanie, Gouvernement du Québec, 130 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990) : Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes, Gouvernement du Québec, novembre, 36 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992) : La politique de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec, 192 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997) : Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Gouvernement du Québec, 103 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (avril 2002) : lignes directrices pour l'implantation des réseaux locaux intégrés en santé mentale.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (septembre 2002) : Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie, 19 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003) : Programme national de santé publique 2003-2012, Gouvernement du Québec, 133 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux : Agissons en complice, 1998.

Ministère des Affaires sociales (1982) : Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés, Direction des Services hospitaliers, Gouvernement du Québec, octobre, 61 pages.

Nadeau, L. et Biron, C. (1998) : Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie, Les Presses de l'Université Laval, 142 pages.

Ogborne, A. C. et Rush, B. R. (1983) : The coordination of services used by problem drinkers. Problems and prospects. British Journal of Addiction, no 78, p. 131-138.

Organisation mondiale de la santé (1992) : The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders; Clinical descriptions and diagnostics guidelines. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Ouellet, F., Paiement, M., Tremblay, P.H. (1995) : L'action intersectorielle, un jeu d'équipe : Guide d'intervention, Direction de santé publique de Montréal-Centre et CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, p. 5.

Potvin, M. (1996) : Services intégrés : programmes alcoolisme et autres toxicomanies dans la MRC Rouyn-Noranda, Groupe Mallette Maheu, novembre, 33 pages. (Exercice de planification réalisé pour chacun des champs clientèles).

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (1996) : Réseau intégré de services en santé mentale pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, 28 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2001) : Grandir en santé mentale en Montérégie : Projet d'implantation d'un réseau intégré de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale, janvier 2001, 76 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2003) : Plan stratégique (2003-2006) Pour une garantie de services, 74 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (1999a) : Pour être à la hauteur, Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie, 1999-2002, 93 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (1999b) : Programme cadre en promotion de la santé et en prévention de la toxicomanie.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (1995) : Plan régional d'organisation de services en toxicomanie, décembre, 170 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000) : Programme accès jeunesse en toxicomanie — 1996-2002, 15 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1996a) : Plan régional d'organisation de services en toxicomanie — 1996-2002, 85 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1996b) : Rapport du Comité sur la mise en place d'un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux dans la région de Québec, première section, mai, 16 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Estrie (octobre 2001) : Réseaux de service intégrés.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1998) : Programme cadre relatif à la réinsertion sociale des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Document de travail, mars. 76 pages et les annexes.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre (1997) : Le défi de l'accès : Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services, décembre, 192 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie : (2002) Cadre de référence PSI – Jeunesse.

Roberts, G, Ogborne, A., Leigh, G., Adam, L. (1999) : Traitement et réadaptation des toxicomanies : Examen de la documentation et principes des meilleures pratiques, Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, Santé Canada, 96 pages.

Rush, B. R. (1997) : Alcohol and Other Drug Problems and Treatment Systems : A Framework for Research and Development. Addictions, 91, 629-642.

Rossignol, V. (1999) : L'entrevue motivationnelle : une approche novatrice en toxicomanie : L'Intervenant, janvier 199, vol.15, no 2, 8-15.

Schneider, R. (1987) : Gestion par concertation, Montréal, Agence d'Arc inc., 129 pages.

Table provinciale de concertation des centres de santé (1996) : Un réseau intégré de services de santé et de services sociaux, mémoire présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, février, 12 pages.

U.S. Department of Health and Human Services (1994) : Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 104 pages.

ANNEXE 1

RAPPORT DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

ANNEXE I

Rapport du comité scientifique

MANDAT

À la demande du groupe de travail, un comité d'experts a été constitué pour identifier un outil d'évaluation commun pouvant s'appliquer à la fois aux jeunes et aux adultes aux prises avec des difficultés de toxicomanie.

Tout en étant économique et conviviale d'application, l'instrumentation devait permettre d'identifier le niveau de difficulté du client ainsi qu'un appariement avec le bon service, dans le cadre d'une approche motivationnelle.

RECOMMANDATIONS

À la suite de la revue des meilleures pratiques et de l'expérimentation de divers outils en matière de dépistage et d'évaluation en toxicomanie, le comité d'experts recommande :

- **L'utilisation des outils CAGE-AID et FAST pour le dépistage chez les adultes.**
- **L'utilisation des outils DEP-ADO pour le dépistage chez les adolescents.**
- **L'utilisation des outils MICHIGAN ALCOOLISM SCREENING TEST, DRUG ABUSE SCREENING TEST et READINESS TO CHANGE comme outils d'évaluation pour toutes les clientèles.**
- **Que les coûts d'implantation, incluant la formation du personnel et le soutien à l'utilisation, fassent l'objet d'une évaluation du réseau intégré en toxicomanie.**

ANNEXE II

DÉPENSES TOTALES EN TOXICOMANIE PAR RÉGION 2000-2001

ANNEXE II

Dépenses totales en toxicomanie par région 2000 -2001

	Région	Dépenses totales	Population 15 ans et plus	Per capita
1	Bas Saint-Laurent	1 757 529 $	17 882	10,23 $
2	Saguenay-Lac Saint-Jean	2 768 967 $	237 649	11,65 $
3	Québec	7 669 548 $	548 981	13,97 $
4	Mauricie-Centre du Québec	3 864 065 $	405 702	9,52 $
5	Estrie	2 586 398 $	239 836	10,78 $
6	Montréal-Centre	21 194 800 $	1 517 246	13,97 $
7	Outaouais	4 017 104 $	260 266	15,43 $
8	Abitibi-Témiscamingue	2 247 055 $	123 953	18,13 $
9	Côte-Nord	1 806 859 $	82 932	21,79 $
10	Nord du Québec	333 842 $	13 596	24,55 $
11	Gaspésie-Iles de la Madeleine	1 171 456 $	84 738	13,82 $
12	Chaudière-Appalaches	4 337 371 $	322 313	13,46 $
13	Laval	1 026 109 $	288 516	3,56 $
14	Lanaudière	2 311 388 $	321 382	7,19 $
15	Laurentides	2 877 371 $	381 092	7,55 $
16	Montérégie	8 277 741 $	1 077 098	7,69 $
	Total	**68 247 603 $**		**Moyenne 12,70 $**

ANNEXE III

L'OFFRE DE SERVICE EN TOXICOMANIE

ANNEXE III

L'offre de service en toxicomanie

UNE APPROCHE PAR PROGRAMME

Pour chacun des programmes identifiés, les volumes de clientèle visée, les spécificités du programme et des activités, les efforts à consentir en termes d'allocation de ressources, sont clairement formulés. Ces informations nous permettent d'alimenter les systèmes clientèle et de gestion mentionnés précédemment. Elles fournissent également un outil de prise de décision au Comité régional de coordination.

Enfin, pour chacun des programmes de l'offre d'activités et de service, les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la mise en œuvre d'une réponse adaptée ainsi que les indicateurs de résultats, apparaissent pour soutenir les différents mécanismes de coordination essentiels au réseau intégré.

D'autre part, au fonctionnent par *silo* parfois des établissements et organismes, il ne faudrait pas opposer un cloisonnement par programme dans un modèle linéaire et progressif de mesure pour répondre à des adultes et à des jeunes présentant des besoins changeants et complexes. Les principes inhérents au continuum d'activités et de services, accompagnant le parcours du jeune client et de l'adulte à travers la programmation, doivent constamment guider notre intervention, tant au niveau de l'accès que sur le plan de la coordination de nos activités connexes et complémentaires. À cause du contexte de l'arrivée prochaine du Programme national de santé publique et du Plan d'action régional de même que des plans d'action locaux qui suivront, les actions retenues seront annexées à ce document lorsqu'elles seront adoptées d'ici la fin de 2003.

L'OFFRE DE SERVICE AUX JEUNES ET LEURS PARENTS EN BESOIN DE SERVICES EN TOXICOMANIE

QUELQUES CONSTATS

La population jeunesse, de par ses caractéristiques spécifiques, commande une gamme de services distincts du réseau adulte.

- La population jeunesse (0-18 ans) regroupe 303 750 jeunes en Montérégie.
- Le groupe des 12-17 ans est constitué de 103 750 jeunes, soit 34 % de la population jeunesse en Montérégie.

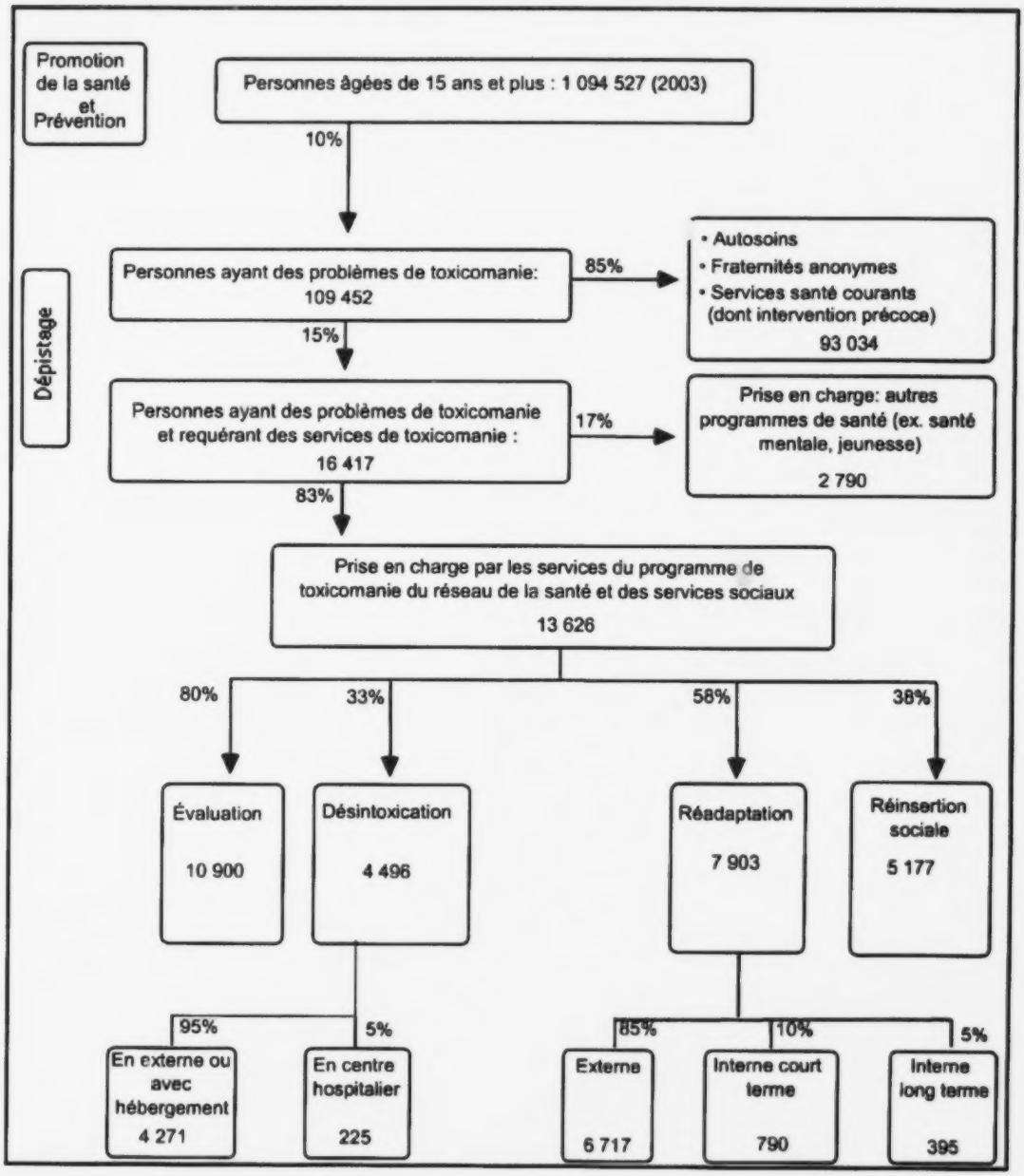
- Selon une enquête réalisée par la Direction de santé publique de la Montérégie en 1998, près du tiers des jeunes de secondaire I, III et IV affirment avoir pris de la drogue au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête, alors que deux jeunes sur trois disent avoir bu de l'alcool au cours de la même période. Le phénomène de la consommation augmente avec le niveau scolaire. En effet, la proportion d'utilisateurs de drogues illicites passe de 10 % en secondaire I, à 49 % en secondaire V tandis que la proportion d'alcool passe de 35 % à 89 % entre ces deux mêmes niveaux (Bellerose, Beaudry et Bélanger 2002).
- Différentes études évaluent qu'entre 6 % et 10 % des adolescents peuvent être décrits comme des surconsommateurs à haut risque, soit plus de 6 200 jeunes en Montérégie.
- Les troubles de la conduite chez les jeunes constituent en moyenne 28,2 % des signalements retenus à la Direction de la protection de la jeunesse et sont souvent associés à des difficultés de consommation. Chez les jeunes en difficulté des Centres jeunesse du Québec, la prévalence à vie, en ce qui concerne l'utilisation des drogues illicites, se situe autour de 65 %, et près d'un usager sur cinq en fait une consommation régulière. La proportion des jeunes des Centres jeunesse qui consomment régulièrement de l'alcool et des drogues est d'environ quatre fois plus élevée que celle des élèves du secondaire (CPLT, 1999).
- Environ 30 % des signalements retenus à la DPJ, dont la sécurité et le développement ont été déclarés compromis, regroupent des parents présentant des difficultés liées à la consommation de drogues et d'alcool.
- Les programmes de réadaptation proposés ne visent qu'un segment de la population jeunesse, soit les 12-17 ans, surconsommateurs à haut risque; 6 % des 103 400 jeunes de 12-17 ans.

QUELQUES RECOMMANDATIONS

- La gamme de services proposés permettrait d'atteindre environ 6 956 jeunes par année, soit un taux de pénétration de 6,6 % des jeunes de 12-17 ans. L'Organisation mondiale de la santé estime un taux de pénétration de 10 % pour provoquer un changement auprès d'une population.
- La concentration de clientèle créée par les services de réadaptation interne des Centres jeunesse de la Montérégie à Chambly, Saint-Hyacinthe, Valleyfield et Longueuil confronte les équipes de base en toxicomanie entre les besoins de la population du territoire et le volume des jeunes en réadaptation interne. Le programme de réadaptation no 6 s'adressant au milieu substitut permet de solutionner l'effet d'envahissement du territoire par le volume de clientèle regroupée dans les centres de réadaptation. De plus, tel que soumis par Le Virage et La Source des Monts en mai 1999, un projet de soutien à l'implantation de l'intervention de 18 mois a été inclus comme condition de réalisation de ce programme. Grâce à une subvention obtenue du Programme de l'initiative de partenariats en action communautaire pour les sans-abri (IPAC), un programme intégré pour les jeunes présentant des troubles de la conduite et des difficultés de consommation, est en voie d'être élaboré pour ces clientèles.

- Compte tenu de la masse critique des clientèles mixtes et de la stratégie de développement d'alternatives dans le milieu à l'internat, les ressources d'hébergement des programmes d'internat feront l'objet d'ententes de service avec des établissements et des organismes de la région de Montréal (programmes no 5 de réadaptation en internat et programme no 7 de réadaptation en communauté thérapeutique).
- L'offre de service n'inclut pas de programme spécifique de réintégration sociale s'adressant aux jeunes (itinérance, jeunes de la rue, autres clientèles).
- Les acteurs de la justice et des corps policiers, incluant les juges du Tribunal de la jeunesse et le juge coordonnateur, pourraient fort certainement constituer un apport significatif quant aux stratégies de représentation et de promotion du réseau intégré.
- Les commissions scolaires, incluant les directions d'école, auront avantage à être mises à contribution dans la définition d'une politique école harmonisée en matière de consommation : il est souhaité que les conseils d'établissements scolaires adoptent une politique convenue et partagée avec les différents acteurs du réseau santé/services sociaux clarifiant leur système de valeurs en matière de consommation de leurs étudiants.
- Les centres de jour (programme no 3) auraient avantage à se développer avec les commissions scolaires et les centres locaux d'emploi pour assurer la scolarisation et le développement de l'employabilité des clientèles, ce qui implique le jumelage avec des ressources d'hébergement pour les jeunes en provenance des territoires ne bénéficiant pas de réseau de transport. La localisation des pôles nécessite d'être validée.
- Les Centres jeunesse de la Montérégie doivent clarifier leur orientation quant à la création d'une unité spécialisée (de type Dôme à Québec) regroupant la clientèle toxicomanie.
- Les programmes d'internat (garçons et filles) nécessitent des ententes de services avec le réseau des Centres Jean Lapointe pour adolescent(e)s et du Programme Le Portage incluant la clientèle anglophone.
- Le programme d'évaluation toxico-légale nécessite une clarification des responsabilités entre les Centres jeunesse de la Montérégie et Le Virage (programme no 8).

Estimation des personnes en besoin de services en toxicomanie en Montérégie



Adapté du modèle prévisionnel des services aux programmes de traitement des toxicomanies en Ontario (ministère de la Santé de l'Ontario, (1988) et de son application par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1996).

OFFRE DE SERVICE
AUX JEUNES ET AUX FAMILLES
EN MONTÉRÉGIE

N.B. Le Programme régional de santé publique étant en préparation lors de la rédaction de ce cadre de référence, l'offre des activités préventives sera enchâssée lorsque ce processus sera complété.

NIVEAU D'INTERVENTION	INTERVENTION PRÉCOCE	RÉADAPTATION	RÉADAPTATION
Type de clientèle	Clientèle consommatrice de drogues ou d'alcool qui rencontre quelques difficultés associées à ses consommations; capable de fonctionner dans son milieu de vie et en milieu scolaire; dispose d'un soutien familial incluant les jeunes des CJM 1	Clientèle surconsommatrice pouvant encore fonctionner dans son milieu de vie et cumulant plusieurs facteurs de risques 2	Clientèle surconsommatrice et à risque de rupture avec l'école et le milieu familial, désorganisée qui requiert des interventions intensives et un retrait partiel de son contexte de vie habituel 3
Structure de services	Externe	Externe	Centre de jour (externe)
Intensité et durée	Programme d'info orientation (PIO) : 1 groupe de 2,5 heures pendant 6 semaines, 2 fois par année Programme de services conseils individuel et familial (CIF) : une moyenne de 3 heures de services sur une période maximale de deux mois	Intervention adaptée selon les besoins mais d'une durée moyenne de 3 mois	Services 5 jours par semaine Services à court terme (4 semaines)
Volume de clientèle	PIO : 10 jeunes par groupe x 2 fois par année x 19 territoires = 380 jeunes/an CIF : 10 personnes par période de 2 mois x 6 périodes x 19 territoires = 1 140 jeunes/an	Basé sur 50 % du taux de pénétration de 6 % des surconsommateurs : 3 040 jeunes	12 jeunes par groupe (dont 6 avec une possibilité d'hébergement) x 3 zones x 12 mois = 432 jeunes par année
Type de programmes	Programme d'info orientation (PIO) Programme de services conseils individuel et familial (CIF) Information sur les habitudes de vie, les conduites à risque et les mesures préventives (pour les deux programmes)	Services aux jeunes et aux parents Entrevues individuelles, familiales ou de groupe Le jeune demeure dans son milieu Intégration du système familial dans le traitement Les groupes sont offerts aux points de service	Services structurés impliquant programmation scolaire et développement de l'employabilité En groupe et en individuel avec les jeunes En groupe avec les parents Rencontres familiales Les jeunes demeurent dans leur milieu mais la moitié d'entre eux peuvent bénéficier d'un hébergement
Nombre d'intervenants	PIO : 1 254 heures/intervenants par année CIF : 3 420 heures/intervenants par année	Sur les territoires de CLSC au point de services du Virage ou dans les écoles	Services dispensés dans trois zones (Longueuil, Saint-Hyacinthe, Châteauguay)
Mandataire	CLSC	Case load de 1/20 pendant 3 mois d'intervention = 38 intervenants (2 par territoire de CLSC) Mais présentement, l'équivalent d'environ 10 intervenants dont la majeure est jeunesse Total : 28 intervenants	1 éducateur 1 ARH Enseignant et conseiller/emploi par contrat de service
Niveau d'accessibilité	Local (dans chaque territoire de CLSC en autant que les masses critiques le permettent)	- Le Virage - Pavillon Foster (anglophones)	Le Virage
Coût du programme	Accès gratuit à la clientèle PIO : 2,5 hres + 2 hres (préparation) + 1 hre (contacts individuels) x 6 semaines x 2 fois par année x 1 intervenant x 37 $/h = 66 hres x 37 $/h = 2 442 $ x 19 territoires = 46 398 $ CIF : 3 hres x 10 jeunes x 6 périodes x 37 $/h = 6 660 $ x 19 territoires = 126 540 $	38 x 60 000 $ = 2 280 000 $ Moins le coût de ce qui est en place : 10 x 60 000 $ = 600 000 $ Total : 1 680 000 $	302 000 $ + 25 000 $ = 327 000 $ x 3 = 981 000 $ Plus volet accès à l'hébergement : 6 x 3 zones x 80 $ per diem x 365 jours = 525 600 $ Total : 1 506 600 $ Conseiller employabilité et enseignant (contrat de service)
Source de financement	Régie régionale		
Indicateurs de résultat (inspirés du Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, MSSS, 1998)	Durée d'attente entre la demande de services et l'intégration au programme - Nombre de participants au programme - Proportion de participants ayant complété le programme - Durée de la dernière période d'abstinence - Indice de satisfaction - Mesure du fonctionnement social - État de bien-être psychologique		
Partenaire-s nécessaire-s et collaboration attendue	Centres jeunesse – Milieu scolaire – Le Virage – Maisons des jeunes – Organismes communautaires	CLSC	Centres jeunesse – Carrefour jeunesse emploi

NIVEAU D'INTERVENTION	RÉADAPTATION	RÉADAPTATION	RÉADAPTATION
Type de clientèle	Clientèle surconsommatrice en besoin d'un arrêt d'agir léger qui requiert une intervention intensive dans le but de consolider certains aspects de sa démarche de réadaptation entreprise en service externe Expérience d'abstinence, travail sur la motivation et réflexion concernant la consommation 4	Clientèle surconsommatrice désorganisée ayant besoin d'être retirée temporairement de son milieu naturel incluant la clientèle désintoxiquée 5	Clientèle surconsommatrice désorganisée, présentant des problèmes de comportement sévères faisant l'objet d'un signalement à la DPJ ou d'une ordonnance de la cour et qui nécessite un retrait momentané de son contexte de vie 6
Structure de services	Semaine intensive	Service interne incluant désintoxication	Milieu substitut
Intensité et durée	7 jours (à 5 reprises durant l'année) Service à court terme	7 jours par semaine Service à court terme (3 à 4 semaines)	Hebdomadaire Service à court terme Services intensifs et définis dans le temps Durée maximale de 6 mois
Volume de clientèle	Groupe de 10 jeunes x 5 groupes par année = 50 jeunes par année	9 places (6 garçons et 3 filles) x 12 mois = 108 jeunes par année	203 places en ressources intermédiaires 439 places en unité de réadaptation 1 284 jeunes par année
Type de programme	Service principalement de groupe aux jeunes Service offert occasionnellement durant l'année Activités thérapeutiques dans un cadre récréotouristique	Services principalement de groupe Programme structuré avec hébergement Programme structuré avec hébergement et suivi médical	Services structurés En groupe et en individuel avec les jeunes En groupe avec les parents Rencontre familiale Nous nous définissons comme complémentaires à l'intervention déjà entreprise Les interventions s'inscrivent dans le cadre d'un plan de service individualisé
Niveau d'accessibilité	Variable selon le projet élaboré avec les jeunes	Services dispensés sur une base régionale	Services dispensés aux jeunes qui veulent travailler leurs problèmes de consommation pendant leur séjour en milieu substitut
Nombre d'intervenants	800 heures/intervenants par année	Par entente de services en fonction du nombre de places	1,5 Longueuil 1 Saint-Hyacinthe 1,5 Chambly 1 Valleyfield 3 ARH Virage-Source-Support (18 mois)
Mandataire	- Le Virage - Pavillon Foster (anglophones)	Le Virage (pour entente de services avec organisme hors région)	Centres jeunesse
Coût du programme	2 x 80 h/sem. x 37 $/h x 5 groupes = 29 600 $ Plus 80 $ per diem x 7 jours x 50 jeunes par année = 28 000 $ Total : 57 600 $	14 600 $ pour chacune des 9 places = 131 400 $	5 x 60 000 $ = 300 000 $ 3 x 85 000 $ = 255 000 $ Total : 555 000 $
Source de financement	Régie régionale		
Indicateurs de résultat (inspirés du Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, MSSS, 1998)	Durée d'attente entre la demande de services et l'intégration au programme – Nombre de participants au programme – Proportion de participants ayant complété le programme – Durée de la dernière période d'abstinence – Indice de satisfaction – Mesure du fonctionnement social – État de bien-être psychologique		
Partenaire-s nécessaire-s et collaboration attendue	Centres jeunesse – CLSC – Milieu scolaire	Centres jeunesse – Milieu scolaire – CLSC – Centres pour adolescents-es Jean Lapointe – Nouveau point de vue	Centre de réadaptation en toxicomanie Le Virage Centres jeunesse

NIVEAU D'INTERVENTION	RÉADAPTATION	ÉVALUATION TOXICOLÉGALE
Type de clientèle	Clientèle surconsommatrice désorganisée et vivant des problématiques associées à la psychopathologie 7	Clientèle surconsommatrice qui a fait l'objet d'une judiciarisation (en vertu de la LPJ ou de la Loi C7), non volontaire et les parents d'enfants sous la LPJ 8
Structure de services	Communauté thérapeutique (interne)	Services externes
Intensité et durée	7 jours par semaine Environ 6 mois	8 heures par évaluation
Volume de clientèle	6 jeunes par période de 6 mois = 12 jeunes par année	100 demandes par année
Type de programme	Service en groupe, en individuel ou avec les parents Difficultés aux autres niveaux du traitement L'intensité et l'encadrement long terme s'avèrent nécessaires compte tenu des besoins évalués et des caractéristiques des jeunes	Programme d'expertise toxicolégale Basée sur l'entrevue individuelle d'évaluation de la gravité de la toxicomanie à l'aide d'un outil standardisé
Niveau d'accessibilité	À l'extérieur de la région (par entente de services)	Régional
Nombre d'intervenants	Par entente de services en fonction du nombre de places	800 heures d'intervenants par année
Mandataire	Centre de réadaptation en toxicomanie Le Virage (pour entente de services avec organisme hors région)	Centre de réadaptation en toxicomanie Le Virage
Coût du programme	12 places x 14 600 $ = 175 200 $	100 demandes x 500 $ par évaluation = 50 000 $
Source de financement	Régie régionale	
Indicateurs de résultat (inspirés du Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, MSSS, 1998)	Durée d'attente entre la demande de services et l'intégration au programme – Nombre de participants au programme – Proportion de participants ayant complété le programme – Durée de la dernière période d'abstinence – Indice de satisfaction – Mesure de la gravité de la toxicomanie – Mesure des facteurs de risque – Mesure de fonctionnement social – État de bien-être psychologique	Nombre de participants au programme Perception de l'utilité du programme par les référents
Partenaire-s nécessaire-s et collaboration attendue	Centres jeunesse Portage	Centres jeunesse Tribunal de la jeunesse

OFFRE DE SERVICE AUX ADULTES

EN MONTÉRÉGIE

NIVEAU D'INTERVENTION	INTERVENTION PRÉCOCE ET MINIMALE			
Type de clientèle	Clientèle consommatrice de drogues ou d'alcool sur une base régulière ou intermittente à risque d'abus ou de dépendance (15 à 35 consommations standards par semaine) Rencontre quelques difficultés associées à ses consommations mais ne présente pas de dépendance physique Capable de fonctionner dans son milieu de vie et au travail Dispose d'un soutien social S'interroge ou s'inquiète de ses consommations 1			
Structure de services	Externe			
Intensité et durée	Intervention précoce :	Alcochoix :	La formule de groupe est d'abord privilégiée : 1 groupe de 2,5 heures pendant 6 semaines, 3 fois par année	
	Intervention minimale :	Services conseils individuels :	Une moyenne de 3 heures de services sur une période maximale de 2 mois	
Volume de clientèle	Intervention précoce :	Alcochoix :	Formule autonome : 4 à 6 personnes x 3 fois par année x 4 territoires =	144 personnes par année
	Intervention minimale :	Services conseils individuels :	10 personnes par période de 2 mois x 6 périodes x 19 territoires =	13 660 personnes par année
Type de programme	Intervention précoce :	Alcochoix :	Auto-examen, seul ou en groupe, des consommations avec annotation des situations et des émotions associées Fixation d'objectifs de réduction de la consommation et monitoring de l'évolution de la consommation avec application de mesures correctives avec possibilité de mise en commun des difficultés, stratégies et progrès Planification du maintien d'une consommation contrôlée : Approche de boire contrôlée cognitivo-comportementale Programme d'une durée de six semaines. Trois formules disponibles : 1. La formule autonome : où l'usager progresse seul, à son propre rythme, à l'aide du guide 2. La formule dirigée : même formule que 1, à laquelle s'ajoutent deux rencontres individuelles avec un intervenant 3. La formule de groupe : 6 séances avec un intervenant	
	Intervention minimale :	Services conseils individuels ou de couple :	Approche d'intervention brève Information sur les habitudes de vie, les conduites à risque et les mesures préventives (pour les deux programmes)	
Nombre d'intervenants	Intervention précoce :	Alcochoix :	1 254 heures/intervenants (personnel nursing et psychosocial) par année	
	Intervention minimale :	Services conseils individuels ou de couple :	3 420 heures/intervenants par année	
Mandataire	CLSC			
Niveau d'accessibilité	Intervention précoce :	Alcochoix :	Local, dans chaque territoire de CLSC (en tenant compte des masses critiques)	
	Intervention minimale :	Services conseils individuels ou de couple :	Local, dans chaque territoire de CLSC	

NIVEAU D'INTERVENTION	INTERVENTION PRÉCOCE ET MINIMALE Accès gratuit à la clientèle			
Coût du programme	Intervention précoce :	Alcochoix :	La formule autonome :	4 h/client x 37 $/h = 148 $ x 144 clients = 21 312 $
			La formule dirigée :	9 h/client x 37 $/h = 333 $ x 12 clients = 3 996 $ x 3 fois/année = 11 988 $ x 19 territoires CLSC = 227 772 $
			La formule de groupe :	2,5 h + 2 h préparation + 1 h contacts individuels x 6 semaines x 3 fois par année x 1 intervenant ETC x 37 $/h = 99 h x 37 $/h = 3 663 $ x 4 territoires CLSC = 14 652 $
				263 736 $
	Intervention minimale :	Services conseils individuels ou de couple :	3 h x 20 personnes x 6 périodes x 37 $/h = 613 320 $ x 19 territoires CLSC =	253 080 $
	Accueil, évaluation et orientation du client :		5 h x 37 $/h x 52 semaines x 19 territoires CLSC =	182 780 $
Source de financement	Régie régionale Coût total du programme : 699 596 $			
Indicateurs de résultat (inspirés du Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, MSSS, 1998)	Nombre de participants au programme Indice de satisfaction <u>Spécifiques à Alcochoix</u> Diminuer à 12 consommations hebdomadaires pour les femmes et à 14 pour les hommes Limiter la consommation quotidienne à un maximum de 3 pour les femmes et de 4 pour les hommes Observer deux jours d'abstinence par semaine			
Partenaire-s nécessaire-s et collaboration attendue	CLSC : Dispensateur des deux programmes, évaluation de l'admissibilité au programme Alcochoix RRSSSM : Élaboration d'un plan de communication Éduc'Alcool : Recrutement par publireportage gratuit			

NIVEAU D'INTERVENTION	DÉSINTOXICATION	DÉSINTOXICATION	DÉSINTOXICATION	MÉTHADONE
Type de clientèle	CLIENTÈLE SURCONSOMMATRICE PRÉSENTANT UNE DÉPENDANCE BESOIN DE SE DÉSINTOXIQUER			
	Capable d'obtenir un soutien dans son milieu de vie Capable d'initier un arrêt de sa consommation tout en demeurant dans son milieu Faible risque de réactions de sevrage Capable de procéder à une auto-observation de ses réactions de sevrage 2	Manque de soutien dans son milieu Incapacité d'initier un arrêt de consommation en demeurant dans son milieu Risque de réactions de sevrage Demande une surveillance pour observer l'évolution des symptômes de sevrage 3	Présente un risque élevé de complications de sevrage ou de problèmes de santé associés Requiert un suivi plus soutenu dans l'observation de l'évolution de l'état de santé Requiert un traitement médical en centre hospitalier 4	Capable d'obtenir un soutien dans son milieu de vie Capable d'initier un arrêt de sa consommation tout en demeurant dans son milieu Faible risque de réactions de sevrage Capable de procéder à une auto-observation de ses réactions de sevrage 5
Structure de services	Externe (ambulatoire et dans le milieu)	Interne (milieu substitut)	Interne (hôpital unité spécialisée)	Externe (ambulatoire et dans le milieu)
Intensité et durée	Une moyenne de 20 minutes par jour pour une durée moyenne de 5 jours	24 heures pour une durée moyenne de 7 jours	24 heures pour une durée moyenne de 10 jours	Une moyenne de 20 minutes par semaine
Volume de clientèle	70 % : 3 023 par année	25 % : 1 079 par année	5 % : 216 par année	5 % : 216 par année
Type de programme	Évaluation de l'état de santé Observation des signes de sevrage Information sur les substances et la santé en lien avec le vécu du sevrage Information sur les habitudes de vie, les mesures préventives (VIH, hépatites, vaccination) Entrevue motivationnelle pour inciter à poursuivre un traitement			
	Soutien nursing Soutien médical et médication au besoin	Soutien nursing Soutien médical et médication au besoin	Soins médicaux S'inscrit dans un plan de service individualisé (PSI)	Soins médicaux et nursing et psychosociaux Soutien médical et médication
Nombre d'intervenants	Un intervenant par point de services Case load de 1/20 Total : 8 infirmières	Un intervenant à chacun des quatre organismes d'hébergement assisté d'un intervenant du CRPAT Case load de 1/20 pendant 3 mois d'intervention = 8 intervenants Total : 8 intervenants	Intégration dans les équipes soignantes	Un intervenant par point de services Case load de 1/20 pendant 3 mois d'intervention = 4 intervenants Total : 2 infirmières et 2 ARH
Mandataire	Centres de réadaptation (CRPAT)	Centres de réadaptation (CRPAT)	Centre hospitalier (Pavillon Saint-Luc, CHUM)	Centres de réadaptation (CRPAT)
Niveau d'accessibilité	Sous-régional (aux points de services et aux points de chute)	Sous-régional (en milieu d'hébergement après entente de services)	Régional (pour développer une expertise médicale en désintoxication)	Sous-régional (aux points de services et aux points de chute)

NIVEAU D'INTERVENTION	DÉSINTOXICATION	DÉSINTOXICATION	DÉSINTOXICATION	MÉTHADONE
	CLIENTÈLE SURCONSOMMATRICE PRÉSENTANT UNE DÉPENDANCE BESOIN DE SE DÉSINTOXIQUER			
Coût du programme	8 x 54 000 $ = 432 000 $	4 x 63 000 $ = 252 000 $ 20 places (per diem 66,98 $) = 488 954 $ Total : 740 954 $		2 infirmières x 54 000 $ = 108 000 $ 2 ARH x 63 000 $ = 126 000 $ Total : 234 000 $
Source de financement	Régie régionale Coût total du programme désintoxication : 1 406 954 $			
Indicateurs de résultat (inspirés du Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, MSSS, 1998)	Pourcentage d'usagers qui terminent leur désintoxication Pourcentage d'usagers qui poursuivent une démarche de traitement Indice de satisfaction Nombre de réadmissions pour désintoxication Nombre d'hospitalisations pour des problèmes associés à la toxicomanie			
Partenaire-s nécessaire-s et collaboration attendue	Cliniques médicales et CLSC : Dépistage et référence, suivi médical CRPAT : Dispensateur du programme	Cliniques médicales et CLSC, organismes d'hébergement : Dépistage et référence, suivi médical CRPAT : Dispensateur du programme Soutien nursing Traitements spécialisés pour les cas présentant des complications de sevrage	Cliniques médicales, CLSC, centres de réadaptation, centres de traitement certifiés : Dépistage, évaluation et référence Centre hospitalier (Pavillon Saint-Luc, CHUM) : Dispensateur du programme Faciliter les mécanismes d'accès et traitement à la suite de la désintoxication	Cliniques médicales : Dépistage et référence, suivi médical UMF-HCLM CRPAT : Dispensateur du programme

NIVEAU D'INTERVENTION	RÉADAPTATION	
Type de clientèle	CLIENTÈLE SURCONSOMMATRICE PRÉSENTANT UNE DÉPENDANCE BESOIN DE QUESTIONNER LA PLACE DE LA SUBSTANCE DANS SA VIE ET DE MODIFIER SON STYLE DE VIE	
	Vit plusieurs problèmes associés à ses consommations aux niveaux de la santé physique, de la santé mentale et/ou du fonctionnement social Capable de demeurer dans son milieu de vie sans risque de se désorganiser 6	Vit plusieurs problèmes sévères associés à ses consommations aux niveaux de la santé physique, de la santé mentale et/ou du fonctionnement social Capable de demeurer dans son milieu de vie mais à risque élevé de désorganisation 7
Structure de services	Externe	
Intensité et durée	Une moyenne de 2 heures de services par semaine pendant une période moyenne de 3 mois	Une moyenne de 3 heures de services par jour sur une base moyenne de 4 jours par semaine pendant une moyenne de 4 semaines (centre de jour) 5 jours (prévention de la rechute)
Volume de clientèle	Avec attrition de 20 % : 3 619 – 20 % x 0,80 = 2 316 personnes par année	Avec attrition de 20 % : 1 972 – 20 % x 0,80 = 1 262 personnes par année
Type de programme	Groupes basés sur une meilleure compréhension de sa dynamique, le rehaussement de l'estime de soi, le développement de compétences et la mise à profit de centres d'intérêt Programme de services conseils individuel, de couple ou familial offert au besoin Intégration de l'entourage Intervention bio-psychosociale (brève, médiation, résolution de problèmes, apprentissage social, etc.) Programme de prévention de la rechute	Principalement de groupes basés sur une meilleure compréhension de sa dynamique, le rehaussement de l'estime de soi, le développement de compétences et la mise à profit de centres d'intérêts Information sur les habitudes de vie et évaluation nursing Programme de services conseils individuel, de couple ou familial comme appui à la démarche Programme de prévention de la rechute Intervention bio-psychosociale (brève, médiation, résolution de problèmes, apprentissage social)
Nombre d'intervenants	Case load de 1/20 pendant 3 mois d'intervention = 38 intervenants (2 par territoire de CLSC) Total : 38 intervenants	Case load de 1/20 pendant 5 semaines d'intervention = 15 intervenants (2 par territoire sous-régional) (7) Total : 15 intervenants et 2 infirmières
Mandataire	Centre de réadaptation (CRPAT)	
Niveau d'accessibilité	Sous-régional (aux points de services) Aux points de chute (pour counseling individuel, couple ou familial)	Sous-régional (aux points de services)
Coût du programme	38 x 63 000 $ = 2 394 000 $	15 x 63 000 $ = 945 000 $ 2 x 54 000 $= 108 000 $ Total : 1 053 000 $
Source de financement	Régie régionale	Coût total du programme : 3 447 000 $
Indicateurs de résultat (inspirés du Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, MSSS, 1998)	Pourcentage d'usagers qui terminent leur désintoxication Pourcentage d'usagers qui poursuivent une démarche de traitement Indice de satisfaction Nombre de réadmissions pour désintoxication Nombre d'hospitalisations pour des problèmes associés à la toxicomanie	
Partenaire-s nécessaire-s et collaboration attendue	CLSC, cliniques médicales, hôpitaux, organismes communautaires, partenaires intersectoriels dont PAE, justice : - Dépistage et orientation de la clientèle ciblée (protocole de référence) - Suivi de santé physique, santé mentale (pour clientèle avec comorbidité) et psychosocial, soutien social	

NIVEAU D'INTERVENTION	RÉADAPTATION		
Type de clientèle	CLIENTÈLE SURCONSOMMATRICE PRÉSENTANT UNE DÉPENDANCE PROBLÈMES DE DÉSORGANISATION (AUX NIVEAUX DE LA SANTÉ PHYSIQUE, DE LA SANTÉ MENTALE ET/OU DU FONCTIONNEMENT SOCIAL) MANQUE DE SOUTIEN SOCIAL BESOIN D'INITIER UNE ABSTINENCE EXPÉRIENCE DE TRAITEMENTS INFRUCTUEUX EN EXTERNE 8		
Structure de services	Interne		
Intensité et durée	24 heures/7 jours par semaine pendant 21 à 28 jours avec modalités de suivi en services externes 5 jours (prévention de la rechute)	7 jours par semaine pendant 21 à 28 jours 5 jours (prévention de la rechute)	7 jours par semaine, pendant en moyenne 4 mois
Volume de la clientèle (répartition à valider)	Avec attrition de 20 % : 379 x 80 = 328 personnes par année	Avec attrition de 20 % : 379 x 0,80 = 328 personnes par année	Avec attrition de 20 % : 100 x 0,80 = 80 personnes par année
Type de programme (à valider avec les responsables cliniques)	Principalement de groupe avec des services conseils individuels comme appui à la démarche		
	Basé sur une meilleure compréhension de sa dynamique, le rehaussement de l'estime de soi, le développement de compétences et la mise à profit de centres d'intérêts Prévention de la rechute Approche bio-psychosociale	Travail sur les 12 étapes d'Alcooliques Anonymes Approche Minnesota Prévention de la rechute	Basé sur une meilleure compréhension de sa dynamique, le rehaussement de l'estime de soi, le développement de compétences et la mise à profit de centres d'intérêts Approche communauté thérapeutique
Nombre d'intervenants	Équipe	Équipe	Équipe
Mandataire	Centre de réadaptation (CRPAT)	Centre de traitement certifié (CTCT)	Centre de traitement certifié (CTCT)
Niveau d'accessibilité	Régional		
Coût du programme	Accès gratuit à la clientèle 26 places x 55 629 $ = 1 446 354 $	Accès au traitement gratuit à la clientèle Frais minimaux pour hébergement : 80 $/jour/place 26 places x 29 200 $ = 759 200 $	Accès au traitement gratuit à la clientèle Frais minimaux pour hébergement : 80 $/jour/place 26 places x 29 200 $ = 759 200 $
Source de financement	Régie régionale	Régie régionale et autres organismes subventionnaires Coût total : 2 955 754 $	Régie régionale et autres organismes subventionnaires
Indicateurs de résultat (inspirés du Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, MSSS, 1998)	Nombre de participants au programme Mesure de l'abstinence durant le séjour Indice de satisfaction État de bien-être psychologique Mesure du fonctionnement social		
Partenaire-s nécessaire-s et collaboration attendue	CLSC, cliniques médicales, hôpitaux, organismes communautaires, partenaires intersectoriels dont PAE, justice : - Dépistage et orientation de la clientèle ciblée - Suivi de santé physique, santé mentale (pour clientèle avec comorbidité) et psychosocial, soutien social		

NIVEAU D'INTERVENTION	RÉINSERTION SOCIALE		
	CLIENTÈLE PRÉSENTANT UNE DÉPENDANCE		
Type de clientèle	Vit plusieurs problèmes associés à ses consommations aux niveaux de la santé physique, de la santé mentale et/ou du fonctionnement social; itinérance ou instable au niveau du gîte Besoin d'assistance pour satisfaire les besoins de base Besoin d'un soutien quotidien pour se réorganiser sur le plan social à la suite ou non d'un traitement 9	Sort d'un traitement interne Manque de soutien social Vulnérable à une rechute 10	En situation de crise, présentant un potentiel de dangerosité pour soi ou pour autrui avec ou sans réactions psychotiques 11
Structure de services	Externe	Milieu substitut	Interne
Intensité et durée	Quotidien et au besoin et sur une base continue (externe) 7 jours par semaine pendant 6 à 12 mois (avec durée de séjour régressif en fonction de la réinsertion)	24/7 avec formule d'appartements supervisés ou de foyers de groupe 7 jours par semaine pendant 21 à 28 jours	24 heures à 48 heures
Volume de clientèle	Avec attrition de 20 % : 3 446 – 20 % x 0,80 = 2 205 personnes par année	Avec attrition de 20 % : 600 – 20 % x 0,80 = 384 personnes par année	Avec attrition de 20 % : 262 x 20 % x 0,80 = 168 personnes par année
Type de programme	Reaching out Aide et soutien individuel (travail de rue ou services externes Information sur mesures préventives Aide alimentaire et vestimentaire (externe) Services principalement de groupe Aide aux activités de la vie quotidienne Mise à profit de centres d'intérêts Aide à la socialisation et à la résolution de conflits Soutien individuel comme appui à la démarche (formation, emploi, etc.) Mise à profit de la réduction des méfaits et stabilisation du fonctionnement S'inscrit dans une perspective réseau Approche progressive dans le milieu	Services conseils individuels Aide et soutien individuel dans la prise en charge des activités de la vie quotidienne et des activités de réinsertion sociale Approche rééducative avec réinsertion progressive dans le milieu	Services conseils individuels basés sur la gestion de crise, de stress et de conflits Stabilisation du client Appartements supervisés Approche brève

NIVEAU D'INTERVENTION	RÉINSERTION SOCIALE		
	CLIENTÈLE PRÉSENTANT UNE DÉPENDANCE		
Nombre d'intervenants	Case load de 1/20 pendant 3 mois d'intervention = 34 intervenants (2 par territoire de CLSC) Total : 38 intervenants	Équipe	Équipe
Mandataire	Centre de traitement certifié	Centre de traitement certifié	Organisme d'hébergement spécialisé en intervention de crise
Niveau d'accessibilité	Local (mais particulièrement dans les grandes zones urbaines)	Sous-régional (mais particulièrement dans les grandes zones urbaines)	Sous-régional (mais particulièrement dans les grandes zones urbaines)
Coût du programme	34 x 63 000 $ = 2 142 000 $	Accès au traitement gratuit à la clientèle Frais minimaux pour hébergement : 80 $/jour/place 28 places x 29 200 $ = 817 600 $	Accès au traitement gratuit à la clientèle Frais minimaux pour hébergement : 80 $/jour/place 5 places x 29 200 $ = 146 000 $
Source de financement	Régie régionale Coût total du programme : 3 105 600 $		
Indicateurs de résultat (inspirés du Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, MSSS, 1998)	Nombre de participants au programme Stabilisation ou amélioration du fonctionnement social Fréquence d'utilisation des services Diminution du nombre d'arrestations Diminution du nombre de visites à l'urgence de l'hôpital Nombre d'inscriptions à un programme de formation Nombre de participants ayant obtenu un emploi ou qui aménagent dans un logement Mesure d'abstinence	Mesure d'abstinence	Arrêt de l'état de crise Poursuite d'un traitement ou d'une aide dans le milieu Nombre de réadmissions
Partenaire-s nécessaire-s et collaboration attendue	CLSC, cliniques médicales, hôpitaux, organismes communautaires, partenaires intersectoriels dont PAE, justice : - Référence de la clientèle ciblée (protocole de référence) - Suivi de santé physique, de santé mentale (pour clientèle avec comorbidité) et psychosocial, soutien social pour offrir le gîte et le couvert - Accessibilité à des programmes d'employabilité, de formation et de loisirs		

L'effort à consentir pour la mise en œuvre de la gamme de services de base et spécialisés en toxicomanie pour la clientèle adulte en Montérégie s'élève à 11 614 904 $. Les coûts identifiés impliquent seulement les coûts directs des programmes. Ils n'impliquent pas les coûts en matière d'équipement, d'immobilisation et d'encadrement. Un coût équivalent de 18 % à 20 % du budget alloué en services directs devrait permettre d'assumer les activités de support administratif.

La région de la Montérégie dispose d'un *Cadre de référence pour un réseau intégré en toxicomanie* pour les jeunes et les adultes. Il est soutenu par un système de valeurs centré sur la clientèle; il intègre dans un projet cohérent un nouveau mode d'organisation d'activités et de services. Il sollicite la contribution complémentaire de tous les partenaires, tant internes qu'externes.

Ce cadre de référence formule une proposition facilitant un accès au réseau d'activités et de services à travers un processus clinique rigoureux réduisant les dédoublements pour *frapper à la bonne porte du premier coup.*

Dans ce document, le lecteur pourra connaître les principaux objectifs à atteindre en vue d'arriver à une utilisation optimale des ressources conçues pour les personnes aux prises avec un problème de toxicomanie. Ces objectifs sont :

- Développer un consensus sur les principes directeurs d'une action concertée et sur le continuum de services;
- Définir clairement la fonction de chacun des partenaires dans ce continuum;
- Assurer une cohérence entre les mécanismes d'allocation financière, les orientations régionales et l'organisation des services;
- Se donner des mécanismes d'intégration ainsi que des indicateurs de résultats pour s'assurer du bon fonctionnement et du développement du réseau.

Enfin, ce document s'inscrit dans la perspective où la satisfaction des besoins de la clientèle doit être au cœur de l'engagement des partenaires. Dans la même veine, cet engagement doit s'inscrire dans une démarche d'imputabilité qui implique les argents consentis de même que l'efficacité et l'efficience de la gestion de la part des membres actifs de ce réseau intégré.

Bonne lecture!